95

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1915 — N —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Smbat MÉLIK-PARSADANIANTZ

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTUDE ANATOMIQUE, CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

DU

Fibrome Naso-pharyngien

Président : M. HARTMANN, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY G LBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A Madame ANNA MÉLIKOFF

Hommage de profond respect
et de sincère reconnaissance.

A Mademoiselle ANNA VERGNE

A Monsieur et Madame MURRAY

A Monsieur S. SÉVADJIAN

Hommage respectueux.

A MES AMIS

A. GURDJIAN ET S. MÉLIKOFF

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET TRÈS HONORÉ MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux pour le grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

A M. le Professeur agrégé PIERRE SEBILEAU

Chirurgien des Hôpitaux
Chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Directeur de l'École d'Anatomie des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Mon très honoré maître !

Veuillez me permettre de vous dédier ma thèse de doctorat en médecine. Ce n'est qu'un faible témoignage de la vive reconnaissance que je vous dois. Je n'oublierai jamais avec quelle affectueuse bienveillance vous m'avez accueilli dans votre service, et avec quelle sollicitude vous avez bien voulu diriger mes travaux pendant plusieurs années. Qu'il me soit permis de vous exprimer mes très vifs remerciements, en vous priant de vouloir bien m'excuser par avance, si je n'ai su tirer de vos admirables leçons cliniques tout le parti qui s'imposait.

Daignez agréer, mon cher maître, l'hommage de ma respectueuse gratitude.

Je ne veux passer sous silence tout ce que je dois à M. le Dr Lemaître, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux. J'ai toujours trouvé auprès de lui l'accueil et les conseils les meilleurs. Il guida mes premiers pas dans la spécialité, et le choix de mon sujet de thèse lui revient. Qu'il accepte ici l'assurance de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur FERNAND LEMAITRE

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Hommage de très grande sympathie et de sincère gratitude.

A mes maitres dans les Hopitaux

Monsieur le Docteur LEGENDRE

Hôpital Lariboisière

Monsieur le Professeur agrégé MAUCLAIRE

Hôpital de la Charité

Monsieur le Professeur DIEULAFOY

Hôtel-Dieu

1908-1909

Monsieur le Professeur ALB. ROBIN

Hôpital Beaujon

MONSIEUR LE DOCTEUR CHASLIN

Hospice de la Salpêtrière

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. SEBILEAU

Hôpital Lariboisière

1910-1911

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN

Hôpital Bichat

1911-1912

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LETULLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

Hôpital Boucicaut

1912-1913

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE SEBILEAU

Hôpital Lariboisière

1913-1914-1915

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LECÈNE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKYNCZIC

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVOT

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

A MM. LES DOCTEURS RUDAUX, HALPHEN
JUIN, ROUGET, DUFOURMENTEL
MIÉGEVILLE, PÉRONI

ÉTUDE ANATOMIQUE, CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

DU

Fibrome Naso-Pharyngien

INTRODUCTION

L'étude du fibrome naso-pharyngien a été entreprise par plusieurs auteurs. Chacun a voulu expliquer à sa manière l'étiologie et l'anatomie pathologique de cette tumeur. Aussi nous tiendrons-nous éloigné, non pas des travaux de nos prédécesseurs (nous y avons puisé d'utiles renseignements) mais de leurs opinions, pour ne décrire et n'interpréter que les observations des 25 opérés dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé P. Sebileau à l'hôpital Lariboisière.

Avant d'aborder la description anatomo-pathologique du fibrome naso-pharyngien, il est utile de décrire très brièvement la région qui nous occupe. Nous ne prétendons pas donner une description inédite, mais seulement rendre notre travail plus complet.

Le pharynx est un conduit cylindroïde, aplati d'avant en arrière, plus large à sa partie moyenne

qu'à ses deux extrémités. Il apparaît sur les coupes transversales, sous forme d'une ellipse à grand axe transversale. Classiquement, on décrit à ce conduit quatre parois et deux extrémités, que l'on a classées de la manière suivante :

Une paroi postérieure, deux parois latérales et une paroi antérieure, beaucoup plus accidentée et intéressante ; une extrémité supérieure et une extrémité inférieure, que nous passerons dès maintenant sous silence.

La paroi postérieure du pharynx et l'extrémité supérieure de ce conduit nous occupent, non pas parce que ce sont les régions qui donnent insertion à la tumeur, mais surtout parce que leur description nous permet de comprendre certaines erreurs des auteurs anciens.

Les parois latérales seront décrites pour expliquer l'acheminement de la tumeur par l'espace ptérygo-maxillaire.

Enfin, la paroi antérieure nous intéresse particulièrement à un double point de vue :

1° Nous croyons que c'est aux dépens de cette paroi que se développent les fibromes naso-pharyngiens ;

2° Ce sont par les orifices choanaux que sortent le plus souvent les divers prolongements de la tumeur.

Paroi postérieure. — Quand on fait ouvrir la bouche d'un sujet, le bord inférieur ou libre du voile du palais se relève légèrement et on voit une partie de cette paroi, plane, verticale, moins plissée et par conséquent plus régulière que les parois voisines.

En suivant une ligne menée horizontalement d'avant en arrière sur la colonne vertébrale, en partant du bord libre du voile, on tombe sur la base de l'apophyse odontoïde de l'axis ; puis ensuite, en introduisant l'index dans la gorge, par la manœuvre habituelle pour toucher les végétations adénoïdes, on trouve assez facilement un petit tubercule, situé un peu au-dessus du bord libre du voile. Cette détermination peut présenter quelques difficultés chez les enfants porteurs des végétations adénoïdes, au contraire, elle devient très facile chez les adultes. Cette petite saillie est le tubercule antérieur de l'atlas ; c'est un point de repaire précieux pour l'examen de l'arrière-cavité des fosses nasales. En effet, juste au-dessus de lui finit la colonne vertébrale et commence l'apophyse basilaire de l'occipital. Il n'est donc pas exact de dire que la ligne de prolongement de la voûte palatine tombe sur la colonne vertébrale, car cette ligne, comme Nélaton l'a montré, passe ordinairement au-dessus de l'atlas.

L'extrémité supérieure, encore appelée voûte du pharynx, répond à l'apophyse basilaire de l'occipital. Comme la surface osseuse contre laquelle elle est appliquée, elle s'incline en bas et en arrière, formant ainsi un angle avec la paroi postérieure du pharynx. Delorme nie l'existence de cet angle. Mais, comme l'indique Robin Massé, il faut se rendre compte que par la position que prennent les malades pendant l'examen clinique, en rejetant fortement la tête en arrière, cet angle peut disparaître par une

sorte de disjonction de l'articulation, et alors le doigt qui palpe peut passer insensiblement d'une surface à l'autre.

Les parois latérales nous présentent à leur partie supérieure l'orifice interne de la trompe d'Eustache, à la hauteur de l'insertion du cornet inférieur, juste en arrière de lui, à un demi-centimètre sur le même plan frontal que le bord postérieur de la cloison nasale. Cet orifice est limité à sa partie antérieure par un repli muqueux : le pli salpingo-palatin, en avant duquel se voit la gouttière naso-pharyngienne, limite respective du pharynx et des fosses nasales. Il est limité en arrière par un nouveau repli muqueux : le bourrelet de la trompe, auquel fait suite le pli salpingo-pharyngien et en arrière duquel se trouve une dépression plus ou moins profonde la fossette de Rosenmüller. Au-dessous de la trompe, nous rencontrons l'excavation amygdalienne, avec les deux piliers du voile du palais qui nous intéressent très peu. Cette paroi est molle et cette disposition nous permettra de comprendre bien facilement le refoulement de cette paroi par les divers prolongements. C'est à cette paroi que répond l'espace ptérygo-maxillaire, espace fréquemment occupé par les prolongements de la tumeur, tendant à atteindre la région zygomatique et les fosses temporales.

Paroi antérieure. — Cette paroi nous intéresse, au double point de vue que nous avons signalé, un peu plus haut. Elle se confond, en effet, avec

la partie postérieure des fosses nasales, de la bouche et du pharynx. Nous trouvons donc, de haut en bas. les deux orifices postérieurs des fosses nasales ou choanes, orifice ovalaire à grand axe vertical, séparés l'un de l'autre par une cloison médiane, la face postérieure du voile du palais disposé en plan incliné, avec son prolongement médian ou luette.

L'isthme du gosier, entièrement comblé par la portion verticale de la face dorsale de la langue ; plus bas, la face postérieure de l'épiglotte, qui est en dehors de notre région et que nous laisserons de côté.

Ceci dit, il faut ajouter quelques mots sur la constitution anatomique de la région et particulièrement sur l'apophyse basilaire qui recouvre la paroi pharyngienne.

Des trois tuniques, tunique musculaire, muqueuse et fibreuse, cette dernière seule nous intéresse. Elle s'étend sans interruption de l'extrémité supérieure du pharynx à son extrémité inférieure, mais elle n'occupe qu'une partie de son pourtour, c'est-à-dire la paroi postérieure et les parois latérales du pharynx. Elle fait défaut sur la paroi antérieure du pharynx; elle revêt donc dans son ensemble la forme d'un demi-cylindre ou, si l'on veut, d'une simple gouttière à direction verticale à concavité tournée en avant.

Au niveau de l'extrémité supérieure du pharynx,la tunique fibreuse s'insère suivant la ligne médiane sur la surface basilaire, un peu en avant du trou occipital ; tout particulièrement, sur un tubercule

osseux médiane, qui prend pour cette raison même le nom de tubercule pharyngien.

A ce niveau, la lame fibreuse en question se trouve renforcée par un fort faisceau important et médian, qui, d'une part prend naissance sur le tubercule pharyngien et sur le tubercule antérieur de l'atlas et qui, d'autre part, vient se fixer sur la partie postérieure du pharynx : c'est le ligament médian postérieur du pharynx ou ligament occipito-atloïdo-pharyngien de Jonnesco.

Sur les côtés, la tunique fibreuse du pharynx s'insère successivement, d'arrière en avant :

1° Sur la face inférieure du rocher, depuis le bord antéro-interne du trou carotidien jusqu'au sommet de l'os.

2° Sur la lame fibro-cartilagineuse qui forme le trou déchiré antérieur ;

3° Sur la partie postéro-externe de la base de l'apophyse ptérygoïde. Ici encore la lame fibreuse est renforcée par un faisceau aplati, à direction oblique qui prend naissance en haut, à la fois sur le rocher et sur la portion la plus reculée de la trompe cartilagineuse, c'est le ligament latéral du pharynx ou le ligament pétro-salpingo-pharyngien d'Escat.

Nous abordons à présent l'étude du fibrome naso-pharyngien. Vu l'ampleur et la difficulté de la question, nous ne prétendons pas faire une étude anatomique complète de la région où s'implante le fibrome naso-pharyngien. Cette région, en effet, se déforme complètement par suite du développement de la tumeur

et alors il est impossible de décrire les rapports normaux des divers organes. La question est trop complexe pour pouvoir dire le dernier mot.

Dans cet ouvrage, nous suivrons un plan précis, en faisant d'abord l'étude anatomo-pathologique (macroscopique et microscopique) puis, clinique de la tumeur et, en dernier lieu nous traiterons les techniques opératoires avec l'historique de la tumeur.

Nous consacrerons une grande partie de cette étude à l'anatomie pathologique, car de sa précision, dépendra la symptomatologie et c'est l'anatomie pathologique qui guidera le chirurgien dans toutes ses manœuvres opératoires.

A. — *Anatomie pathologique.*

Dès le milieu du siècle dernier, les chirurgiens de l'école française ont été divisés en deux camps.

Les uns avec Robert et Michault soutenaient que les différents points du squelette du pharynx où existe le tissu fibreux qui double la muqueuse, pouvaient servir d'insertion au polype naso-pharyngien.

Les autres, avec Nélaton en tête, prétendaient que l'insertion est toujours limitée à l'apophyse basilaire et que ces tumeurs peuvent donner des insertions secondaires, par accolement du fibrome à une muqueuse voisine, à la suite de l'inflammation et de l'ulcération de l'un et de l'autre.

Ces adhérences sont parfois très larges et très solides, voire même plus résistantes que l'insertion primitive de la tumeur (Michaux).

Une première question qui se pose dans un pareil travail est, il me semble, la détermination exacte de l'implantation de la tumeur ; où s'insère-t-elle? Comment? Existe-t-il des insertions secondaires ?

L'évolution de cette question a passée par trois périodes différentes. Dans une première période très ancienne, où n'existait aucun moyen d'investigation, les différents auteurs voulaient voir cette implantation : les uns au niveau du squelette nasal, sans déterminer son siège exact (Celse). Les autres, Benedictus, Paré, Aquapendente déclarèrent que le pédicule s'attachait à la région la plus étroite et la plus élevée du nez, c'est-à-dire à la portion ethmoïdale.

Molinette et Morgani dirent, pour la première fois, que l'implantation du fibrome naso-pharyngien se trouvait au niveau de l'apophyse basilaire de l'occipital.

D'autres auteurs, Michaux et Robert, ont soutenu que l'insertion de cette tumeur était cervicale et même ils ont poussé plus loin, en disant que cette implantation était tellement basse (malade de Robert), qu'elle aurait obstrué tout le pharynx et serait même descendue au-dessus de l'orifice supérieur du larynx; mais, dans une discussion de la Société de Chirurgie, ni Robert, ni Michaux n'ont pu donner de preuves convaincantes à ce sujet.

La cause d'erreur de ces derniers auteurs, d'après Massé (dans sa thèse), est due au fait suivant : les polypes nés dans le périoste des os de la base du crane (étant donné que ce périoste est assez épais), tout en soulevant la muqueuse pour se porter vers les fosses nasales, ont pu aussi se glisser, par suite de la pesanteur, entre cette muqueuse et les vertèbres cervicales sans y adhérer.

Une autre cause d'erreur est la suivante :

C'est qu'ayant en main des pièces incomplètement préparées, on a pris pour des pédicules ce qui n'était vraiment que des adhérences contractées par la tumeur ultérieurement à son développement primitif.

Cette interprétation est exacte, car il est très difficile quelquefois d'enlever la tumeur en un seul bloc. Les diverses manœuvres opératoires déforment presque complètement la pièce et alors il devient presque impossible de reconnaître le vrai pédicule. Je me rappelle à ce propos un malade opéré, par mon maître, M. le Dr Sebileau, dont on n'avait pu retrouver le pédicule de la tumeur naso-pharyngienne après son ablation.

Cette théorie d'implantation cervicale doit être rejetée car elle est peu vraisemblable ; d'ailleurs, depuis longtemps, Nélaton a démontré que les polypes fibreux naso-pharyngiens ne s'insèrent jamais aux vertèbres cervicales.

Cette théorie n'a pu résister devant l'opinion

actuelle, aussi nous n'insisterons par sur cette question déjà résolue.

Vient ensuite une deuxième période que l'on pourrait appeler, *période de Nélaton*, car l'étude complète et détaillée lui appartient.

Nélaton avec ses élèves, et particulièrement Robin Massé (dans sa thèse), admettent que ces tumeurs fibreuses ont un point d'implantation fixe; c'est le périoste très épais recouvrant la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital et du corps du sphénoïde qui donnent insertion aux polypes naso-pharyngiens. Ces tumeurs naissent en avant des muscles grands et petits droits antérieurs de la tête.

Cette insertion basilaire, M. le professeur Jaboulay, dans la thèse de Mathieu, explique par l'épaisseur considérable du périoste, qui recouvre cette région, définie par le professeur Tillaux.

« La face inférieure de l'apophyse basilaire est recouverte d'un trousseau fibreux, qui offre une épaisseur considérable; sa forme est triangulaire, son sommet s'engage entre l'apophyse basilaire et l'apophyse odontoïde, et la base regarde la cavité pharyngienne. Son épaisseur est chez l'adulte de 18 millimètres et sa hauteur 27 millimètres. »

Et, comme insertion secondaire Mathieu cite :

1° La partie la plus reculée de la lame ethmoïdale et la face inférieure du corps du sphénoïde;

2° L'aile interne de l'apophyse ptérygoïde;

3° En dernier lieu, les sinus sphénoïdaux, maxillaires et frontaux.

La théorie de Nélaton doit être considérée comme trop absolue, car depuis quelques années, nombre d'anatomo-pathologistes et chirurgiens spécialistes ont étudié la question, en faisant plusieurs autopsies et ils ont vu que l'insertion basilaire est moins importante. Quelques-uns même ont poussé plus loin, en disant que cette insertion basilaire n'existe pas du tout ; nous citerons comme exemples probants les auteurs suivants :

Les observations de Huguier, 1860 ; Verneuil, 1860 ; de Deguise, 1861 ; de Bœckel, 1879 et Quenu, 1894 ; celles de Rouvillois qui ont été rapportées à la Société de Chirurgie.

Or nous voyons, dans presque tous les cas cités un peu plus haut, que l'insertion basilaire n'existait jamais seule, ou n'existait pas du tout. C'est toujours à la partie postérieure des fosses nasales, sur le sphénoïde, sur l'ethmoïde, sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, sur le bord postérieur de la cloison nasale, en un mot, sur la région choanale et péri-choanale que se fait cette implantation. Nous citerons à ce propos les deux malades opérés par notre maître, M. le Dr Lemaître.

Dans un cas, le polype était inséré sur la face interne de l'apophyse ptérygoïde, à 1 centimètre en arrière de l'angle antéro-externe de la choane ; il présentait une évolution presque uniquement pharyngée. Dans le second cas, l'implantation se faisait exactement au niveau de l'angle supéro-externe de la choane, le polype était bilobé et présentait un

prolongement nasal assez important ; tous les deux prenaient de puissantes insertions sur une surface large comme une pièce de 50 centimes.

Leur exérèse ne se fit pas sans arrachement d'un fragment osseux.

Or à cette période, que nous appellerons volontiers *la période récente*, la plupart des chirurgiens et particulièrement les chirurgiens spécialistes paraissent rejeter l'implantation basilaire. Les chirurgiens généraux admettent que les polypes sont des tumeurs à siège primitivement pharyngien, naissant du trousseau basilaire et envahissant secondairement d'arrière en avant les fosses nasales. M. Moure explique cette persistance d'opinion, par ce fait, que les chirurgiens généraux opèrent généralement de grosses tumeurs à insertions multiples et négligent ensuite l'examen du cavum et des fosses nasales avant et après l'intervention.

Or, nous voyons que la théorie de Nélaton n'est pas encore complètement rejetée et continue à avoir encore actuellement ses défenseurs.

Gosselin, dans une thèse de concours (1860), admet l'insertion choanale et périchoanale. Les auteurs du *Compendium de Chirurgie pratique*, avec Verneuil à leur tête, admettent que les polypes peuvent s'implanter dans les fosses nasales mêmes et qu'après s'être accrus dans la cavité nasale, ils la dépassent en arrière pour proéminer dans le pharynx nasal.

Les récentes discussions de MM. Jacques, Rouvillois, de notre maître, M. le Dr Sebileau, à la Société

de Chirurgie, ne laissent aucun doute sur l'implantation de la tumeur sur la région choanale et périchoanale. Or, que conclure de tout ce qui précède ?

Cette question d'insertion de la tumeur a subi une évolution assez remarquable. On l'a placée d'abord sur la colonne vertébrale, puis, sur la surface basilaire de l'occipital et en dernier lieu, sur la région choanale et périchoanale.

Comment avait-on pu, jusqu'à présent, commettre cette erreur ?

Voici les causes :

1° La configuration anatomique très compliquée du naso-pharynx.

2° L'évolution de la tumeur déformant complètement la région en question, de telle façon que certains chirurgiens crurent et croient encore qu'elle a des insertions multiples ;

3° Cette tumeur ne paraissant pas avoir une insertion fixe, il était difficile de pouvoir l'indiquer avec précision ;

4° Enfin, en dernier lieu, les diverses méthodes opératoires ne donnent pas toutes de larges ouvertures, pour étudier macroscopiquement la tumeur ; je m'explique :

La voie naturelle, sans incision du voile du palais, ne donne pas assez de jour, nous arrachons la tumeur aveuglément en tordant deux ou trois fois son pédicule, sans pouvoir nous rendre compte si la tumeur a été enlevée totalement.

Par le procédé « Manne-Nélaton », on peut étu-

dier plus ou moins l'implantation du fibrome et la tumeur elle-même, par le toucher naso-pharyngien ; mais seulement dans le cas où elle est pharyngienne. C'est pour cette juste raison que M. le professeur Kirmisson a insisté sur l'opération de Manne à la Société de Chirurgie. On ne voit rien dans le cas où la tumeur a pris son insertion très haut et en avant, envoyant des prolongements multiples dans les diverses cavités du massif facial. Aussi, ne serait-ce pas une exagération de dire d'avance que la tumeur a une insertion basilaire ou antérieure.

Une large trépanation du maxillaire supérieur pourra fixer exactement son point d'implantation. On se rendra compte de l'insertion quand on aura déjà enlevé la tumeur elle-même.

Enfin, à toutes ces considérations, il faut ajouter l'absence d'examen méthodique de la région, et le peu de moyen d'investigation que nous possédons, pour rejeter radicalement l'insertion cervicale et admettre définitivement celles-ci.

D'une part, les fibromes naso-pharyngiens ne sont pas des tumeurs qui s'attachent sur le plafond pharyngien, et d'autre part, ils ne prennent jamais d'insertions secondaires. Il n'y a plus de confusion possible depuis que la clinique, sépare les sarcomes vrais des fibromes naso-pharyngiens. Dans quelques cas, on a trouvé l'insertion secondaire ; les causes d'erreur étaient les suivantes :

1° Soit que la tumeur diagnostiquée et enlevée ait été un sarcome vrai, ou fibro-sarcome, sans

examen histologique ; il est alors plausible que les insertions secondaires soient multiples ;

2° Soit que les diverses méthodes opératoires et particulièrement la rugination ou l'arrachement ne permettent pas d'enlever la tumeur en totalité et en un seul bloc ; et dans ces cas, il y a lieu certainement de croire que les divers prolongements n'étaient pas enlevés pendant l'opération.

En arrachant la tumeur, il se produit des ruptures, des cassures, pendant la traction ; elles peuvent encore faire croire à des insertions multiples. Il n'est donc pas facile de dire, sur la tumeur enlevée, quelle est l'insertion primitive et l'insertion secondaire.

Nous relevons les 19 observations de Rouvillois où la tumeur avait une insertion autre que l'apophyse basilaire, il les classe ainsi : 12 cas, ayant leur insertion à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde ; 9 cas, au vomer ; 5 cas, au sphénoïde et 3 cas au tissu fibreux du trou déchiré antérieur.

A ces observations, on peut ajouter les 25 observations prises dans le service de mon maître M. le Dr Sebileau, et dont la lecture ne laisse aucun doute sur la possibilité d'insertion autre que sur l'apophyse basilaire.

C'est ainsi qu'Ollier en 1873, opérant un malade, crut avoir ouvert le crâne, mais après l'examen détaillé, il se rendit compte que la cavité qu'il avait ouverte ainsi, ne possédait que des parois osseuses.

En 1875, M. Pamard examine un autre malade

porteur d'un polype naso-pharyngien, dont il localise l'implantation sur l'apophyse basilaire ; au cours de l'opération il découvre dans la voûte pharyngienne deux excavations, qui paraissent avoir été creusées par le polype. Ces derniers cas nous montrent combien il est difficile de se prononcer sur l'implantation exacte de la tumeur, sur une insertion sphénoïdale, ethmoïdale ou même ptérygoïde.

Donc, l'insertion antérieure du polype naso-pharyngien semble de plus en plus fréquente ; telle est l'opinion de notre maître, M. le Dr Sebileau, de Moure, d'Escat et de la plupart des spécialistes qui considèrent cette insertion antérieure comme la règle et les autres insertions comme l'exception.

Nous pouvons citer les 6 observations de M. Jacques de Nancy, qu'il rapporte au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie en 1908, observations dans lesquelles il n'avait relevé aucune insertion basilaire et où l'insertion a été constamment ethmoïdo-sphénoïdale. Nous ne trouvons aucune insertion basilaire chez les 25 malades opérés par notre maître M. le Dr Sebileau.

M. Jacques considère que les polypes naso-pharyngiens sont plutôt des tumeurs primitivement nasales que pharyngiennes.

Cette localisation expliquerait ainsi facilement l'envahissement précoce des cavités sinusales, des cellules ethmoïdales, des sinus maxillaires et des sinus sphénoïdaux,

D'autres spécialistes sont venus récemment

apporter des observations analogues. L'erreur des anciens auteurs consistait dans le fait suivant :

Ils examinaient leurs malades incomplètement ; ils ne les examinaient jamais post-opératoirement. Or, cette condition est indispensable au point de vue de l'implantation de la tumeur.

Voilà pourquoi l'insertion basilaire enseignée par l'école de Nélaton n'existait pas ou n'était qu'une simple adhérence de la tumeur à l'apophyse basilaire.

Passons maintenant sur la nature histologique de la tumeur, car elle nous orientera pour faire le diagnostic.

La structure de cette tumeur est également intéressante, elle est caractérisée par ce fait qu'elle peut offrir tous les intermédiaires entre le fibrome et le sarcome. On explique ainsi leurs différents degrés de malignité.

En effet, on peut citer plusieurs exemples où, par suite de l'insertion secondaire, la tumeur sarcomateuse a fait croire à plusieurs auteurs que les fibromes ont plusieurs insertions. Nous n'insisterons plus sur ce fait évident, qu'une tumeur histologiquement fibromateuse n'a qu'une seule insertion.

La nature histologique des fibromes naso-pharyngiens a été décrite par notre maître M. le Dr Lemaître (dans *le Paris médical*, année 1911, en sept.). Nous emprunterons sa description telle qu'elle est :

« Pour prendre une idée d'ensemble de ces néoplasies, faisons une coupe au niveau du pédicule. Là, les éléments sont réunis ; on distingue très facilement trois zones d'importance inégale, ces zones sont constituées par :

1° Une muqueuse, essentiellement variable suivant les points considérés ;

2° Une courbe périphérique, où déjà la néoplasie apparaît, mais où prédomine l'infiltration, vestige de l'ancienne sous-muqueuse ;

3° Un tissu néoplasié, constitué lui-même par des cellules conjonctives jaunes, du tissu fibreux embryonnaire et de nombreux vaisseaux.

« L'aspect de la muqueuse se confond aisément si l'on tient compte de l'origine de celle-ci et du traumatisme qu'elle subit ; d'une part, la muqueuse qui recouvre la tumeur n'est autre que la muqueuse qui existait au niveau du pédicule ; c'est une muqueuse qui émane d'un point où se confondent dans le cavum l'épithélium cylindrique et l'épithélium pavimenteux ; d'autre part, cette même muqueuse est exposée à un double traumatisme ; le polype, en se développant, la comprime sur les régions avoisinantes ; par suite de son accroissement, il la distend, l'amincit, la tiraille en tous sens. Ainsi s'explique pourquoi, au niveau du pédicule, l'épithélium est cylindrique sur la face antérieure nasale ; pourquoi il est pavimenteux sur la face postérieure pharyngée ; ainsi s'explique pourquoi, normal et stratifié là où ne s'exerce aucun contact, l'épithélium

est aplati en voie de néoplasie, là où la compression est permanente et progressive ; ainsi s'explique pourquoi, intact au niveau du pédicule, ce même épithélium est extrêmement réduit, presque invisible vers le pôle inférieur de la tumeur, là où la distension de la muqueuse s'est exercée au maximum. Remarquons toutefois qu'il n'existe jamais d'ulcération à proprement parler, que la résorption de la muqueuse, d'ordre purement mécanique n'est jamais complète.

« De même que le recouvrement épithélial, la zone d'infiltration est d'autant plus nette que l'on se rapproche d'avantage du pédicule.

« D'ailleurs, cette zone manque totalement en certains points. Lorsqu'elle est nettement constituée, elle est formée d'un infiltrat cellulaire dense, composé lui-même de quelques rares polynucléaires, de plus fréquentes plasmazellen et de très nombreux lymphocytes ; elle rappelle l'aspect de la sous-muqueuse tout en témoignant d'une légère réaction inflammatoire. Déjà le tissu néoplasique apparaît dans cette zone, mais il est plus facile à étudier dans la couche sous-jacente.

« Ce tissu est caractérisé essentiellement par ses cellules, son stroma et ses vaisseaux. Éléments cellulaires et faisceaux conjonctifs se combinent suivant un rapport variable ; tantôt les cellules prédominent, tantôt le stroma, les cellules d'ordre conjonctif se présentent avec un gros noyau, un nucléole nettement visible et un protoplasme dont l'aspect

morphologique est sous l'indépendance du stroma, le collogène est peu développé : le protoplasme arrondi ou ovalaire. Le collogène est dense ; le protoplasme s'insinue entre les fibrilles conjonctifs ; les cellules sont allongées, étirées en forme de croissant ou de virgule. Le collogène baigne dans un excédent séreux qui rappelle les œdèmes des « soi-disant myxomes des fosses nasales.

« Les cellules prennent un aspect étoilé, myxoïde ; ainsi s'explique le polymorphisme cellulaire.

« Le stroma, facile à étudier sur une coupe au van Grison, offre l'aspect d'un enchevêtrement inexplicable qui est loin de rappeler la belle ordination des sarcômes fasciculés ; il est constitué par des fibrilles conjonctives généralement épaisses et denses, quelquefois rares et ténues, plus rarement infiltrées. J'ai observé sur certaines coupes une disposition un peu particulière de ses fibrilles qui semblaient s'insérer perpendiculairement sur la paroi des vaisseaux.

« Ceux-ci se présentent sous des aspects très variables ; nombreux au niveau du pédicule, ils sont volumineux au sein même du polype ; partout, ils sont irréguliers. Ici, ce sont des fentes longues et étroites ; là, des dilatations ampoulaires ; ailleurs, des cryptes anfractueuses ; tantôt ils sont vides ; tantôt ils contiennent des hématies bien conservées ; tantôt enfin, ils ont une apparence kystique ; ce dernier aspect est dû à un défaut de fixation.

« Aussi variables que les vaisseaux sont les parois

de ces vaisseaux. Parfois la paroi n'existe pas. Cette disposition, à type sarcomateux, se trouve surtout à la périphérie, parfois il existe une seule assise de cellules, très friables, d'où la facilité des hémorragies. Du type endothélial parfois, et ceci s'observe surtout au niveau du pédicule, la paroi est normale ou épaissie; l'épaississement est dû à l'infiltration, soit de petites cellules rondes, soit de cellules du type embryonnaire néoplasique, cellules fibro-élastiques.»

Dès 1873, Lannelongue insistait sur cette disposition; il y voyait l'explication de la tendance si marquée de ces tumeurs à la récidive, tendance qui est exceptionnelle dans le fibrome et qui, au contraire, est de règle dans le sarcome.

Il nous semble très utile de dire quelques mots sur la transformation histologique de la tumeur. D'ailleurs, c'est un fait très important, presque tous les éléments constitutifs de la tumeur se transforment. Les veines sont fortement ectasiées, on y trouve une production très étendue de thromboses, principalement composées de substance hyaline.

Les artères présentent un épaississement assez net de leur paroi, puis une dégénérescence hyaline de toute la paroi commençant par l'adventice, et même en dernier lieu une oblitération de leur lumière.

De plus, on trouve une altération très prononcée du parenchyme de la tumeur. C'est en partie une dégénérescence hyaline, parfois aussi une véritable nécrose. C'est ainsi que, dans un cas de M. Ballo, cette dégénérescence hyaline de tout le tissu était

très prononcée, de sorte qu'on pouvait parler, dans ce cas du moins, d'une guérison spontanée.

Cliniquement aussi ce cas donnait l'impression que la tumeur était en état d'évolution, elle était d'une blancheur de neige absolument exsangue et ne montrait pas d'énergie de croissance.

Donc, on peut résumer ainsi cette transformation :

1° Transformation bénigne, hyaline, évoluant vers la guérison, cas de Ballo, et d'autres exemples que nous décrirons au fur et à mesure ; 2° une série de transformations malignes, évoluant vers les sarcomes à types multiples.

Nous pouvons maintenant ne plus nous attarder à la description anatomo-pathologique, et passer tout de suite à la symptomatologie de la tumeur.

Bien que les divers prolongements de cette tumeur appartiennent à l'anatomie pathologique, nous ne les décrirons pas ici, mais nous les classerons avec la symptomatologie.

B. — *Symptomatologie*

Étant donné que chaque malade agit suivant sa nature, sa constitution physique, morale et intellectuelle, nous pouvons dire : « Il y a autant de maladies qu'il y a de malades. » Mais, malgré tout, nous sommes obligé de suivre la règle générale de la science, aussi nous insisterons sur les observations pour nous rapprocher autant que possible de la réalité et notre but sera atteint.

On sait que cette maladie frappe, en général, des individus jeunes. La statistique de Robin Massé, faite sur 99 malades, montre que cette affection est fréquente entre quinze et vingt-deux ans.

Nélaton nie l'existence du fibrome naso-pharyngien chez les femmes et les personnes âgées. Cette idée de Nélaton nous paraît trop absolue. Nous n'admettrons pas cette théorie, car parmi les 25 malades opérés par notre maître M. le Dr Sebileau, il y avait plusieurs femmes ; voici les 3 observations qui confirment nos idées à ce sujet :

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mlle R. C..., âgée de trente ans, domestique, entre dans le service de mon maître M. le Dr Sebileau, à l'hôpital Lariboisière, pour des troubles de la respiration nasale et de la surdité, le 12 février 1909, salle Davaine, lit n° 3.

En juin 1908 elle remarqua de la gêne de la respiration nasale droite, en même temps elle eut des bourdonnements d'oreilles, mais pas d'épistaxis ; un médecin colonial à Rochefort lui examine le cavum, y découvre une tumeur qu'il essaye de curetter, probablement comme des végétations adénoïdes ; il se produit une hémorragie abondante. Après cette intervention, les signes d'obstruction nasale persistent, s'accentuant de jour en jour.

Les bourdonnements de l'oreille droite ont fait place à de la surdité et depuis quelques mois elle avait des bourdonnements dans l'oreille gauche.

Examen local. — On trouvait un abaissement du voile du palais très marqué à droite et une déviation de celui-ci à gauche de la ligne médiane.

Nez. — Obstruction complète de la narine droite et à la

rhinoscopie antérieure on voyait dans l'arrière-nez une tumeur obstruant l'orifice choanal, mobile en tous sens, sauf peut-être sur le dos du voile, se prolongeant dans la fosse nasale gauche peu volumineuse de ce côté, où la perméabilité était relative.

Par le toucher du cavum, on constatait que la tumeur était implantée sur la voûte à droite de la paroi pharyngée. Une chaîne ganglionnaire existait sous le sterno-cléido-mastoïdien gauche.

D'après la malade cette tumeur aurait augmenté de volume surtout depuis un mois.

Opération par la voie naturelle, par M. le Dr Sebileau, le 17 février 1909.

Anesthésie chloroformique. La malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION II

Mlle C. C..., âgée de douze ans, entre dans le service le 2 juin 1910, salle Winslow, lit n° 7, pour une gêne respiratoire nasale.

Antécédents personnels. — Opérée il y a deux ans à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur du nez qu'on lui a extirpée par les fosses nasales.

Après cette intervention, la gêne respiratoire a disparu et, depuis un an seulement, les symptômes d'insuffisance respiratoire nasale sont réapparus ; ils ont augmenté progressivement d'intensité.

La malade avait saigné quelquefois du nez.

Examen local. — On ne constatait aucune déformation nasale. Sans le secours du spéculum on voyait à l'orifice des fosses nasales une tumeur gris rosée, qui semblait se prolonger en arrière et obstruer complètement la lumière de la fosse nasale droite.

Par la rhinoscopie antérieure, on contrôlait l'examen précédent ; mais en touchant la tumeur, on la repoussait en arrière ; elle avait une consistance assez ferme, donnant la sensation d'un myxo-sarcome. A l'examen de la bouche, on apercevait une voûte palatine ogivale, repoussée un peu en avant et en bas, la luette était refoulée à gauche.

La coloration de la tumeur était grisâtre (il semblait qu'il y avait une ulcération). Par le toucher buccal, on contournait la tumeur, mais il était assez difficile de préciser son point d'implantation.

Pas de symptômes auditifs.

A l'examen ; les sinus paraissaient normaux.

Opération. — Par l'anesthésie chloroformique, le 15 juin 1910, par mon maître, M. le Dr Sebileau, incision du voile du palais ; arrachement de la tumeur. Pas d'hémorragie. La petite malade sort de l'hôpital le 3 juillet 1910.

OBSERVATION III

Mlle D. E..., âgée de dix-huit ans, lingère, entre à l'hôpital pour insuffisance de la respiration nasale, le 14 janvier 1910, salle Winslow, lit n° 2.

Il y avait six mois à peu près que la malade était gênée pour respirer. Pas d'épistaxis. Elle respirait la bouche ouverte, ronflait pendant le sommeil, avait de l'enchifrènement, de l'hy-

drorrhée séreuse, de la difficulté pour se moucher. Tels étaient les symptômes accusés par la malade,

L'audition et le goût n'étaient pas altérés.

Examen local. — On trouvait que la tumeur était implantée sur le pourtour du choane gauche, grosse comme un œuf de pigeon assez mobile. Opération le 25 février 1910, par mon maître Sebileau.

Anesthésie chloroformique. Mon maître, M. le Dr Sebileau, introduit son index gauche dans le pharynx, refoule la tumeur d'arrière en avant dans le choane, la saisit à l'anse froide et l'extirpe ainsi sans avoir causé une grosse hémorragie.

La malade sort de l'hôpital le 3 mars 1910.

L'influence du sexe masculin était universellement admise à un moment donné mais cependant, les observations contradictoires sont nombreuses.

Cas de Marjolin. — Une fillette de deux ans entre à l'hôpital en 1861 pour une tumeur du pharynx, occupant les fosses nasales et la partie supérieure du pharynx. Le début de l'affection resta imprécis.

L'extirpation a permis de reconnaître que le nez et le pharynx se trouvaient en grande partie obstrués par de nombreuses adhérences avec le voile du palais. Vu le jeune âge du sujet et son état général, on songeait à une opération palliative. Mais, malheureusement, la mort survint quarante-huit heures après l'admission à l'hôpital.

A la Société de chirurgie, en 1870, Richard, Demarquay, Labbé, mentionnèrent des faits de ce genre,

cependant la majorité des membres présents se prononça, avec Guyon, contre l'existence du véritable polype noso-pharyngien, en dehors du sexe masculin, opinion qui semble, du reste, contredite en 1873 par des faits très étudiés qui viennent corroborer nos observations I, II et III.

Il est peut-être exact et juste de dire, qu'en général, chez les personnes âgées, cette affection prend un aspect et développement particulier, dégénère, comme nous l'avons signalé plus haut pour donner naissance à une tumeur maligne. Mais, si nous disons que c'est une affection exclusivement masculine, nous commettrons une erreur ; tout ce que nous pouvons dire, c'est que cette affection est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

OBSERVATION IV

Mlle C. M.... soixante-trois ans, ménagère ; salle Winslow' lit n° 8.

Antécédents personnels. — N'accusait aucune maladie antérieure, à part des angines à répétitions.

Antécédents héréditaires. — Sa mère était morte à soixante-dix ans de vomissements de sang répétés ; frères et sœurs : plusieurs morts d'affections banales ; pas de néoplasme dans sa famille.

Il y avait une trentaine d'années que la malade avait vu apparaître sur le voile une toute petite tumeur, d'abord grosse comme une lentille et médiane. Cette tuméfaction grossit lentement, puis, à la ménopause, augmenta de volume. Elle était

absolument lisse, dure, régulière, grosse comme un œuf de pigeon, lorsque, simplement gênée dans sa mastication, la malade fit enlever cette tumeur il y a neuf ans. Plus tard, elle ne présenta aucun trouble respiratoire nasal.

Un an et demi après réapparaissait la tumeur, qui commença à se développer vers le côté du naso-pharynx, entraînant des troubles respiratoires. Des hémorragies qui n'existaient pas auparavant. La première opération a été faite par M. le Dr Potherat. Un an et demi après, la femme eut une récidive, qui s'accentua peu à peu, obstruant progressivement les fosses nasales; entraînant des hémorragies.

A l'examen, le voile du palais intact sur la face buccale était fortement repoussé en bas et en avant, il était légèrement bosselé; mais, avec le doigt, on ne sentait pas d'infiltrations superficielles, sauf le long du pilier antérieur droit qui était devenu monoliforme. On y sentait de petites masses grosses comme un haricot qui descendaient dans le sinus pharyngo-lingual droit.

A la rhinoscopie antérieure on voyait le naso-pharynx occupé par une tumeur irrégulière, lobulée, saignante, touchant à la paroi postérieure, mais nettement indépendante d'elle, appuyant sur le voile jusqu'au voisinage de son bord libre qui était également indépendant de la tumeur.

Rhinoscopie antérieure. — La cloison était fortement rejetée à gauche et obstruait ainsi la fosse nasale.

A droite, on voyait un prolongement de la tumeur, dont on pouvait faire le tour et qui n'était adhérent ni en bas, ni en dedans, ni en dehors, au moins dans sa partie antérieure.

Il en résultait une obstruction nasale complète et des hémorragies fréquentes.

On décrit classiquement aux fibromes naso-pharyngiens trois périodes :

Une période de début ;

Une période d'état ;

Et une période d'envahissement.

Au point de vue clinique et opératoire, la première période n'a aucune importance, aussi nous serons très bref.

Tandis que les deux autres périodes sont très intéressantes et nous serons obligé de les décrire tout particulièrement.

Période de début. — Passe presque inaperçue, le fibrome naso-pharyngien n'est pas une de ces affections que l'on est appelé à soigner dès leur apparition. Les signes observés sont très peu marqués : le malade s'accommode bien de son état et n'a nullement conscience de son mal. Cette période est courte, insidieuse et latente.

Nous passerons rapidement sur les signes objectifs de cette période, non, parce qu'ils sont peu importants, mais seulement parce qu'aucun auteur n'en parle et qu'aucune observation ne nous donne de renseignements. Nous avons dit, un peu plus haut, pour quelles raisons.

En ce qui concerne les signes subjectifs, ils attirent, en premier lieu l'attention du malade. C'est ainsi qu'il est enchifrené depuis quelques temps, apathique, inapte au travail. On voit un léger trouble de la respiration nasale. Le malade sent une certaine gêne pour souffler par les narines, son nez a tendance

à se boucher, surtout d'un côté. Les efforts physiques et moraux lui sont pénibles. Il a de la fatigue générale. Quelques-uns de ces malades se plaignent de maux de tête ; d'autres n'observent que des troubles insignifiants, mais la plupart des malades racontent qu'ils ont eu une ou plusieurs hémorragies nasales spontanées ou provoquées.

Cet état dure un temps, variable selon la marche de la tumeur, variable suivant la tolérance du malade. Celui-ci, souvent met les symptômes qu'il éprouve sur le compte d'un coryza ancien mal guéri.

Bientôt les signes fonctionnels se complètent et, comme l'enseignait le professeur Trélat, on voit apparaître des signes rappelant la paralysie du voile du palais ; il faut ajouter que certains malades n'éprouvent rien ; d'autres, au contraire, expulsent les liquides et les aliments par les fosses nasales (Symptôme d'une certaine rareté). Nous sommes obligé d'ajouter ici que parmi ces malades il y en a plusieurs qui ont été opérés pour des végétations adénoïdes ou pour des polypes nasaux.

Au bout de quelques temps, le malade passe insidieusement à *la seconde période*.

Cette période, contrairement à la première, est beaucoup plus intéressante, cliniquement et opératoirement ; car, à ce moment, le malade entre dans une phase de son affection où la plupart des signes apparaissent nettement et c'est pourquoi les malades nous sont adressés à cette époque.

Ils se présentent avec le syndrome complet de

l'obstruction du cavum ; ils accusent de la gêne ou même de l'impossibilité à respirer par le nez et alors la respiration buccale supplée à l'insuffisance respiratoire nasale. La respiration est bruyante, ils ne respirent qu'avec difficulté, d'une voix fortement nasonnée, ils s'essoufflent au moindre effort.

Ils sont obligés de garder la bouche toujours entr'ouverte. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, les parents disent qu'il ronfle la nuit, qu'il essaie, en vain, de se moucher. Le matin, ces malades se réveillent la bouche sèche, peu à peu l'odorat et le goût s'émoussent ; l'audition peut être diminuée, causant quelquefois des phénomènes inflammatoires au niveau de la trompe par obstruction unie ou bilatérale de ce dernier conduit, il y a donc retentissement sur l'organe auditif, d'où gêne de l'audition et bourdonnements d'oreilles.

OBSERVATION V

Ch. J..., âgé de dix-huit ans, valet de chambre, entre dans le service de mon maître, le professeur Sébileau, le 29 août 1904, pour gêne respiratoire nasale, salle Voillez, lit n° 7.

Il y avait environ trois ans, que le malade avait une respiration nasale pénible et que cet état s'accentuait peu à peu. Il se fit opérer une première fois pour des polypes du nez ; son état s'améliora légèrement, mais passagèrement et, au bout de deux mois, les mêmes symptômes d'insuffisances respiratoires revinrent et alors il se décida à entrer à l'hôpital.

Signes fonctionnels. — Aucune douleur ; gêne de la respiration nasale et trouble de la voix, la déglutition était normale, l'audition et l'odorat n'étaient nullement émoussés.

Examen physique. — Assez facile ; au miroir, on voyait très bien une petite masse de la grosseur d'un œuf de pigeon à grand axe transversal, d'aspect bourgeonnant et bosselé, siégeant au niveau de la région ptérygoïdienne.

Toucher pharyngien. — On sentait une masse assez dure, mobile; semblant se fixer entre les deux apophyses pterygoïdes.

18 septembre 1904. — Le malade fut examiné par M. le Dr Sebileau.

L'examen histologique de la pièce après biopsie fut fait par M. Potier. Il montra la nature sarcomateuse de la tumeur. Le malade n'a pas été opéré. Il est sorti de l'hôpital le 24 septembre 1904.

Très souvent le malade dit qu'il a la sensation de corps étranger dans l'arrière-gorge. Je me rappelle très bien, à ce propos, qu'un malade, opéré par M. le Dr Lombard, racontait que la tumeur pédiculée venait se loger dans la bouche ; voici l'observation d'un de ces malades :

OBSERVATION VI

A..., âgé de vingt et un ans, domestique, entre dans le service de mon maître, M. le Dr Sebileau, le 6 septembre 1902, pour gêne de la respiration nasale droite, salle Voillez, lit n° 4.

Antécédents héréditaires. — Enfant assisté.

Antécédents personnels. — Le malade avait eu dans sa jeunesse plusieurs maladies, mais il ne pouvait donner aucun renseignement à ce sujet.

Depuis son enfance, la narine droite ne fonctionnait pas du tout, au contraire la narine gauche fonctionnait assez librement. La voix était nasonnée, il n'avait jamais eu d'épistaxis. Le malade racontait, deux ans auparavant, à l'occasion de vomissements, une tumeur pédiculée située dans le naso-pharynx venait faire saillie dans la bouche ; aussitôt le vomissement terminé, la tumeur elle-même remontait pour reprendre sa situation habituelle, dans l'étage supérieur du naso-pharynx.

Il ressentait des maux de tête très accusés depuis cinq ans, revenus pourtant à diverses reprises.

Le malade n'avait jamais eu d'hémorragies nasales ou buccale abondantes, parfois cependant ses crachats étaient striés de sang. Pas de troubles auditifs. L'odorat était diminué légèrement, déglutition normale.

Examen physique. — Tumeur pédiculée mobile, envoyant un prolongement dans la fosse nasale droite, paraissant s'implanter par un étroit pédicule au niveau de la région périchoanale.

Anesthésie chloroformique.

M. Lombart introduit la pince de Châtellier dans le cavum, saisit assez facilement le pédicule de la tumeur et l'entraîne dans le pharynx, une partie du prolongement nasal vient avec la tumeur.

Hémorragie peu abondante. Il sort de l'hôpital le 20 septembre 1902.

La simple rhinorrhée du début se transforme en

écoulement muco-purulent, les épistaxis que nous avons signalées plus haut deviennent plus fréquentes, abondantes, comme quantité, cette hémorragie peut anémier le malade. L'écoulement du sang peut se faire à la fois par la bouche et par l'arrière-gorge, être assez considérable pour menacer la vie du malade et nécessiter le tamponnement des fosses nasales.

Cette hémorragie est un symptôme capital ; dans certains cas, elle suffit pour poser un diagnostic, mais ce signe fait parfois défaut.

En effet, les diverses statistiques nous montrent que certains malades porteurs d'un vrai fibrome naso-pharyngien, n'ont jamais eu d'hémorragie.

Ainsi nous pouvons signaler le cas de notre maître, M. le Dr Lemaître, sur deux malades ; aucun n'a eu d'hémorragie ; de même, chez les 25 malades opérés par M. le Dr Sebileau, il n'y en eut que 9 qui eurent des hémorragies.

A mesure que la tumeur évolue, les symptômes fonctionnels apparaissent de plus en plus nettement.

C'est ainsi qu'on peut constater certains signes jusque-là non apparents. Troubles de la déglutition, de la mastication.

Nous passerons maintenant aux signes physiques qui sont nets à cette période. Très souvent le malade a un facies spécial qu'on appelle le facies adénoïdien, décrit dans les ouvrages classiques.

Quelques malades ont une déformation faciale produite par la tumeur, donnant l'aspect d'une para-

lysie faciale, un côté de la face paraît beaucoup plus saillant que l'autre (face dite de crapaud). Il est très rare de constater de l'exophtalmie, mais divers auteurs ont signalé ce fait.

Nous sommes obligé ici de dire quelques mots sur les diverses directions, vers lesquelles la tumeur envoie des prolongements.

Or, trois cas importants, surtout, peuvent se présenter ; il s'agit de se rappeler la constitution anatomique de la région qui nous occupe. Il n'y a, en effet, que trois voies pour l'évolution de la tumeur ; en avant, en bas, en haut ou en arrière, et alors la tumeur progresse, par une de ces trois voies, quelquefois par deux ; c'est-à-dire en envoyant deux ou plusieurs prolongements à la fois.

La voie nasale est beaucoup plus fréquente, par conséquent nous la décrirons en premier lieu.

Examen nasal antérieur ou rhinoscopie antérieure

Le malade est assis devant le chirurgien, la tête légèrement renversée en arrière. Si l'éclairage de la pièce est insuffisant, deux procédés peuvent être employés pour éclairer les cavités profondes, telles que les fosses nasales ; ou bien une lampe à huile du modèle de Carcel sur laquelle on dispose un réflecteur pour diriger les rayons lumineux vers la face, procédé ancien : ou encore l'éclairage moderne par lampe électrique, modèle de Clar. C'est ce dernier mode d'éclairage que l'on emploie dans le service

de mon maître Sebileau, à l'hôpital Lariboisière.

Le chirurgien, assis devant le sujet à examiner, fixe le nez avec la main gauche, et au moyen de la main droite, il introduit dans la narine à examiner le spéculum nasal.

Cet instrument est connu, nous n'entreprendrons pas de le décrire Une fois introduit, il est ouvert et maintenu ainsi par une vis à pression fixée sur le bord évasé de l'appareil. En examinant alternativement les narines droite et gauche, on peut constater, dans certains cas, qu'une de ces narines est obstruée (très rarement les deux) par une masse de volume et d'aspect variable, rouge ou légèrement violacée, paraissant venir de la profondeur et écartant largement la paroi externe de la paroi interne de la fosse nasale. On peut observer dans ce cas une véritable déformation du nez, une déviation de la cloison ; soit une déviation simple, soit une véritable luxation cartilagineuse de l'extrémité antérieure, par rapport à l'épine nasale antérieure et aux portions réfléchies des cartilages latéraux ; soit encore une déviation complète des formations cartilagineuses et osseuses.

Trois cas de cette nature ont été étudiés par M. Walsham de Londres.

Cette déviation du septum nasal diminue considérablement la capacité respiratoire de la narine du côté opposé.

On inspecte la partie visible de la tumeur. Elle ne baigne pas dans le pus, comme les polypes à implantation osseuse, mais dans une sécrétion muco-

purulente. On peut constater l'écoulement de ce liquide par l'orifice antérieur des fosses nasales. Cet écoulement gêne considérablement le malade.

Badigeonnez la tumeur et les parois de la fosse nasale avec la cocaïne au 30 o/o ce qui présente les avantages suivants :

D'abord, la tumeur se rétracte légèrement sous l'action de l'agent anesthésique, et par suite devient moins hémorragique ; enfin, l'examen devient facile sans déterminer aucune douleur.

Avec un stylet long, fin et stérilisé, on va très attentivement explorer la masse ; souvent cette exploration détermine une hémorragie passagère ; on constate qu'elle est complètement libre, sans contracter d'adhérences, avec les parois de la narine ; cette masse est envoyée de la profondeur, sans qu'on puisse déterminer exactement son siège.

Si on passe ensuite, par le même procédé, à l'examen de l'autre narine, on peut dans certains cas rencontrer la même lésion, mais moins développée. Soit que, dans ce cas, la tumeur unique ait poussé des prolongements des deux côtés, soit que, comme dans le cas signalé par Gosselin et cité par Trélat, on se trouve en présence d'une double lésion. C'est un fait très rare.

OBSERVATION VII

Ch. Ch..., dix-sept ans, menuisier, salle Woillez, lit 6, entre à l'hôpital le 20 octobre 1912, dans le service de mon maître Sebileau.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Scarlatine à sept ans, depuis rien.

Il y avait trois ans que le malade avait une respiration nasale difficile, pendant la première année ; il continuait son travail ; mais plus tard cette gêne s'accentuait à tel point qu'il ne pouvait plus respirer par le nez et qu'il était obligé de s'adresser à M. le Dr Potherat, par qui il a été opéré. Pendant un mois, il respira facilement du côté droit, mais depuis lors il redevint comme auparavant. C'est alors qu'il vint à la consultation de mon maître, M. le Dr Sebileau.

A l'examen, on constatait que les deux amygdales étaient très grosses ; derrière la luette on trouvait une petite tumeur, qui repoussait en avant le voile du palais pour descendre dans le rhino-pharynx. Elle était assez mobile, le nez était à peu près normal, on notait seulement une légère déviation de la cloison à droite.

Le cavum était rempli par une grosse masse dure, lobulée. plus large en bas, laissant pourtant passer le doigt. Entre elle et le pharynx, de chaque côté, l'on suivait les gouttières latérales et l'on remontait jusqu'à la voûte où la tumeur paraissait s'implanter en avant, près de la cloison et sur la cloison elle-même.

A la rhinoscopie antérieure, on constatait dans la fosse nasale droite un prolongement qui obstruait complètement cette narine ; ce prolongement s'étendait dans la narine gauche, mais était moins volumineux qu'à droite ; l'un et l'autre se laissaient repousser par le stylet.

La rhinoscopie postérieure montrait la face inférieure de la

tumeur d'aspect blanchâtre, de chaque côté apparaissait la gouttière pharyngienne latérale non repliée.

Opération, le 30 octobre par mon maître, M. le Dr Sebileau.

Anesthésie chloroformique. Position de Rose. Le malade supportait difficilement le plan incliné ; une sonde en gomme, n° 18 était passée par la fosse nasale gauche, elle franchissait assez difficillement la choane et elle était saisie derrière le voile du palais ; elle servait à conduire un drain qui, maintenu par une pince, ramenait le voile en avant.

Après exploration nouvelle de la tumeur, M. le Dr Sebileau la séparait latéralement et postérieurement avec la rugine latérale d'Escat, quelques adhérences étaient ainsi détruites.

Prenant alors la pince il l'introduisit profondément derrière le fibrome, pour aller saisir l'insertion ; mais la prise manqua. Sans la désarticuler, il saisit la tumeur et l'arracha d'un coup ferme. Toute la masse vint avec des parcelles molles de la voûte et un petit morceau de la cloison sur laquelle le fibrome s'attachait. Une hémorragie se produisit, il fit un tamponnement antérieur et un postérieur. La perte de sang fut minime.

Deux petits escharres sur la face inférieure de la tumeur expliquaient la fétidité de l'haleine et la température élevée.

Le malade sortait de l'hôpital le 9 novembre 1902.

Cette exploration n'est jamais complète, à cause de l'obstruction nasale, qui empêche de pousser cet examen plus loin. Cette obstruction est constatée surtout par le miroir de Glatzel. Elle est complète d'un côté et extrêmement marquée de l'autre.

L'inspection du nez peut donner quelques indications nécessaires ; c'est ainsi qu'à la suite du refoule-

ment en dehors de la paroi externe ou à la suite de déviation du septum nasal, la pyramide nasale peut prendre une forme et un aspect particulier extérieurement. Elle devient large, aplatie unilatéralement le plus souvent.

Cet examen des fosses nasales à une valeur relative, lorsqu'il y a un prolongement antérieur ; mais, dans le cas où ce prolongement n'existe pas, cet examen n'a aucune importance. C'est pourquoi nous allons maintenant envisager les autres moyens d'investigations.

Cas où la tumeur évolue vers l'arrière-gorge

Avec le même éclairage que celui ayant servi à l'étude des cavités supérieures, on voit la bouche et le pharynx : c'est une première condition qu'exige cet examen.

Une deuxième condition est également nécessaire : c'est l'anesthésie de la muqueuse ; elle est indispensable surtout chez les individus ayant une disposition anatomique particulière (le voile du palais est presque accolé sur la paroi postérieure du pharynx).

Avant tout, il faut ordonner au malade d'ouvrir la bouche largement et de respirer tranquillement, abaisser la langue avec un abaisse-langue. Une simple inspection nous donne le renseignement nécessaire, c'est-à-dire l'état du voile du palais.

Il est évident que cette anesthésie devient presque

inutile lorsque la tumeur fait saillie au-dessous du bord postérieur et inférieur du voile du palais, ou encore lorsque le malade ne s'agite pas et, respirant bien, relève le voile, l'examen est ainsi rendu relativement facile.

On badigeonne la muqueuse pharyngienne, soit avec une solution de cocaïne au centième, soit avec le composé de Baudin, ou encore en insufflant, comme le font encore beaucoup de praticiens; la cocaïne pure sur la muqueuse à anesthésier.

Après quelques minutes, l'anesthésie commence à faire son effet, le malade a la sensation d'une sorte de paralysie régionale au niveau de la région où on a porté la substance anesthésiante.

Que voyons-nous, quand la tumeur est accessible par en bas? Quelle est sa forme, sa coloration et son aspect ?

Admettons qu'elle dépasse le bord libre du voile. Elle se montre sous forme d'une masse rouge, arrondie, dure, lisse et de consistance ligneuse.

Si la masse n'est pas complètement apparente, ou si elle est en partie cachée par le voile, on peut relever ce dernier ; l'anesthésie étant faite, le malade ne se défend pas. Ce résultat peut être obtenu avec n'importe quel instrument rigide.

Mais, si la tumeur n'est pas volumineuse, ou si elle ne suit pas une marche descendante, cet examen par la voie buccale restera sans résultat, et il faudra avoir recours à un autre moyen d'exploration ; nous voulons parler du toucher naso-pharyngien.

Avec raison, nous garderons cette manœuvre pour la fin de l'examen complet, car elle traumatise plus ou moins le fibrome très hémorragique par lui-même. Si la chose est possible, nous le pratiquerons après la rhinoscopie postérieure, bien que nous soyons obligé de la décrire avant cette dernière exploration.

Nous procéderons à ce toucher par la manœuvre habituelle employée chez les enfants pour toucher les végétations adénoïdes :

Avec l'index recourbé en crochet, on passe en arrière du voile du palais et on peut sentir la tumeur, qui est très souvent pédiculée ;

En suivant avec le doigt les parties latérales de la tumeur, si on essaye de lui imprimer des mouvements, on voit que, dans le cas où elle est pédiculée, les déplacements peuvent être obtenus facilement.

Il y a une très importante question à résoudre ici. Par ce moyen d'investigation, peut-on déterminer le point d'implantation ? Très rarement on peut trouver son point d'insertion. Nous disons très rarement ; cette expression nous paraît exacte, car cette manœuvre est bien insuffisante pour affirmer le siège de l'implantation, question de première importance au point de vue pratique.

En effet, cette recherche se fait par tâtonnement, exige tout d'abord une main expérimentée et, en second lieu, cette insertion ne doit pas être placée trop haut pour qu'on puisse l'atteindre. On voit alors qu'elle se fait au pourtour des orifices choanaux ; quelquefois dans la partie postérieure du méat supé-

rieur, et enfin, rarement à l'extrémité postérieure du cornet supérieur.

Ainsi limitée, la recherche de cette implantation serait bien incomplète, si on ne continuait pas ce toucher digital en arrière, pour étudier les rapports de la tumeur avec les régions voisines. On voit si elle est mobile, on constate qu'elle n'adhère nullement à la face inférieure de l'apophyse basilaire. En dernier lieu on peut étudier ses prolongements émis dans le pharynx.

Ni le fibrome, ni ses prolongements (sauf les cas exceptionnels où le malade a subi un traumatisme antérieur) n'affectent d'adhérence avec les tissus voisins ; ils sont en contact avec eux seulement. Nous n'insisterons pas sur ce fait, car nous l'avons traité assez longuement au chapitre de l'anatomie pathologique de cette affection.

Il nous reste encore à faire *la rhinoscopie postérieure*. Cette investigation devient nécessaire dans le cas où la tumeur a une évolution antérieure ou supérieure, lorsqu'elle n'a pas une marche descendante pour apparaître derrière le voile du palais.

Elle s'effectue de la même façon que les examens précédents.

Le malade étant assis et respirant la bouche largement ouverte, on éclaire le conduit buccal avec la lampe de Clar, on introduit derrière le bord inférieur du voile le petit miroir, et alors, dans la majorité des cas, on peut constater une masse plus ou moins arrondie, rouge, qui remplace le pharynx nasal, ou

une partie de cette dernière région, ou au cas où la tumeur a une évolution antérieure, on voit un des orifices choanaux rempli par la masse.

Elle élargit cet orifice, en déviant le bord postérieur de la cloison, souvent on ne voit aucun des choanes, les deux orifices choanaux étant remplis par la tumeur.

Avant de passer à la troisième période, nous citerons un examen d'importance secondaire : tel que celui des sinus, vu que ceux-ci peuvent être atteints à la phase d'envahissement, et alors il est bien facile de se rendre compte que les cavités voisines sont intéressées.

Période d'envahissement. — Il est de toute évidence que lorsqu'une intervention ne vient pas s'y opposer et que le fibrome n'a aucune tendance à régresser, l'envahissement progressif des cavités voisines se réalise. On ne rencontre heureusement pas trop souvent cette phase ; le malade s'inquiète plutôt de son état et se fait opérer à la seconde période. Nous ne serons pas trop long sur cette phase de la maladie : d'une part, parce que nous avons déjà décrit plusieurs prolongements nasaux et bucco-pharyngiens ; et, d'autre part, parce que nous avons déjà passé brièvement sur les signes extérieurs que la tumeur détermine. Il nous reste donc à dire quelques mots sur l'envahissement latéro-supérieur du massif facial. Nous commencerons par celui des sinus maxillaires.

Cet envahissement du sinus maxillaire occasionne une déformation de la joue correspondante et des douleurs dans le territoire du maxillaire supérieur. Chez quelques malades nous avons trouvé une anesthésie régionale, fait très rare.

Nous avons dit précédemment que la tumeur progressait sans user les parties avoisinantes, mais en refoulant les obstacles, il n'y a donc pas d'ulcération et pas de phénomènes d'adhérences secondaires. C'est ainsi que chez un jeune homme de vingt ans, opéré dernièrement par mon maître Sebileau, la paroi interne du sinus maxillaire gauche était simplement refoulée, de telle façon qu'il fallait détruire cette paroi couche par couche pour atteindre la tumeur elle-même, sans trouver aucune adhérence.

Nous dirons quelques mots à propos de l'éclairage et de la radiographie du sinus maxillaire.

L'éclairage du sinus maxillaire s'effectue dans une chambre noire, en introduisant dans la cavité buccale une petite lampe électrique ; on ordonne au malade de fermer la bouche, et alors par une simple inspection alternativement à droite et à gauche, on trouve ou non une opacité ou translucidité du massif facial.

La tumeur peut envahir la cavité orbitaire, soit par le refoulement de sa paroi interne ou de l'unguis notamment, soit par propagation à travers la fente sphéno-maxillaire (Gérard Marchand). Il en résulte de l'exophtalmie et très souvent de la diplopie. Dans quelques cas rares, il existe une véritable

luxation du globe oculaire. Les muscles de l'œil se paralysent ; surtout le droit externe et l'élévateur.

Par suite de la gêne apportée au fonctionnement des paupières, les conjonctives de la cornée ne tardent pas à devenir le siège d'inflammation et par suite d'ulcérations.

Enfin il se produit une certaine compression du nerf optique déterminant souvent de la cécité.

OBSERVATION VIII

M. G...., âgé de seize ans, emballeur, entre dans le service de mon maître Sebileau, le 18 octobre 1902, salle Wiexsens, lit n° 11.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Scarlatine à l'âge de sept ans, le malade raconte qu'aux environs du 1er janvier 1902, il fit une chute sur la face.

Il remarqua à ce moment que la région gingivale gauche était augmentée légèrement de volume. Au mois de mars apparurent des épistaxis répétées, assez abondantes, durant un ou deux jours, suivies d'une accalmie de quelques jours, se reproduisant de nouveau pendant deux ou trois jours. Depuis un mois, le malade remarquait que la tuméfaction de la joue, restée jusqu'alors stationnaire, augmentait encore sensiblement. Il éprouvait à ce moment un peu de gêne respiratoire et dormait la bouche ouverte ; le 5 mars il avait encore des saigne-

ments de nez, qui se renouvelaient souvent dans la journée.

La mère du malade, constatant que la tuméfaction jugale faisait encore du progrès et que l'œil gauche faisait saillie, c'est pour ces raisons qu'elle l'amenait à la consultation, où il était examiné par mon maître, Sebileau et son assistant, M. le Dr Halphen, qui diagnostiquaient un fibrome naso-pharyngien ; ils conseillaient au malade de rester dans le service.

25 mai. — *Examen.* — On constatait à l'inspection une dysymétrie assez accusée ; toute la partie gauche du visage était augmentée de volume ; la fosse temporale était comblée et légèrement soulevée, la joue tuméfiée, distendue, sans œdème. Le globe oculaire du côté gauche présentait une exophtalmie marquée, en même temps qu'il semblait un peu abaissé ; la paupière supérieure était tendue et ses plis étaient moins nettement perceptibles que ceux du côté opposé.

La peau était normale. Le malade se plaignait de ne pouvoir respirer facilement par la narine gauche, et de dormir la bouche ouverte.

A la palpation externe, la consistance de la tuméfaction jugale n'offrait rien d'anormal. Elle était molle, élastique, comme le côté sain ; la région temporale était comblée par une masse présentant les mêmes caractères. En introduisant l'index à la partie interne de la joue, on sentait, un peu en avant de l'articulation temporo-maxillaire, au-dessous de l'arcade malaire, que la joue était comme infiltrée sur une petite étendue par du tissu résistant.

A l'examen rhinoscopique on constatait que la fosse nasale gauche était occupée dans sa partie postérieure, par une masse

rouge, irrégulière, mamelonnée, légèrement bourgeonnante. Au stylet elle était résistante, assez dure.

A la rhinoscopie postérieure, M. le Dr Halphen trouvait dans le cavum, occupant la partie gauche, la même masse avec le même caractère.

L'examen fait le 2 juin par M. le Dr Halphen provoquait une hémorragie nasale assez abondante.

Le malade ne souffrait pas, il n'avait aucune adénopathie.

Opération faite le 4 juin 1902 par mon maître Sebileau. Incision du voile du palais, anesthésie chloroformique. Il va chercherla tumeur avec une pince ; après quelques prises il l'arrache en totalité.

Hémorragie abondante, nécessitant un tamponnement. Injection du sérum 300 grammes, pansement tous les jours par M. le Dr Sebileau, puis après par M. le Dr Halphen.

Staphylorraphie le 12 juin 1902 par M. le Dr Halphen. Le malade sort de l'hôpital le 27 juin 1902.

18 octobre 1902. — Le malade revient à l'hôpital avec tous les symptômes déjà notés la première fois.

Tumeur occupant la partie postérieure de la fosse nasale gauche, rouge, mamelonnée, présentant les mêmes caractères par la rhinoscopie postérieure.

Tuméfaction jugale perceptible dans le sillon gingivo-jugal gauche ; tuméfaction molle de la partie interne de la fosse temporale. Obstruction complète de la fosse nasale gauche par laquelle le malade ne peut respirer. Pas d'hémorragie.

Opération faite par mon maître Sebileau. Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne préalable par M. le Dr Halphen. Anesthésie chloroformique par l'appareil de Ricard.

Incision paro-latéro-nasale, partant de l'angle interne de

l'œil, contournant l'attache de l'aile du nez pour se terminer par une fente médiane verticale classique, employée dans la résection de la mâchoire supérieure.

Trépanation et résection à la pince-gouge de la branche montante du maxillaire supérieur et de la fosse canine, agrandissant l'ouverture antérieure de la fosse nasale gauche. Le doigt introduit dans la cavité nasale au niveau de l'orifice choanal, sentait nettement une résistance molle et élastique.

Section horizontale de la joue, partant de la commissure. On rabat la joue par section du sillon gingivo-labial, la boule graisseuse de Bichat apparaît, repoussée en dehors de la surface du maxillaire, par un prolongement zygomatique de la tumeur, afin d'avoir un accès large sur la fosse ptérygo-maxillaire, on effondre à la pince-gouge toute la paroi antérieure, puis la tubérosité du maxillaire supérieur; la tumeur apparaît alors. La brèche ainsi pratiquée donne un jour considérable sur la région ptérygo-maxillaire et zygomatique ; en pratiquant le toucher pharyngien on constate que le fibrome est inséré à la partie antérieure de la voûte du cavum, au voisinage de l'orifice choanal, sans pouvoir toutefois affirmer son insertion exacte; elle émet un prolongement antérieur qui obstrue la choane gauche, et un externe, lequel, ayant sans doute élargi la fente ptérygo-maxillaire, a rempli cette fosse et s'est divisé en deux prolongements secondaires, l'un passant sous le zygoma et se dirigeant vers la fosse temporale; l'autre siégeant dans la région rétro-malaire et repoussant ainsi la boule graisseuse de Bichat.

M. Sebileau pour pouvoir pratiquer l'ablation de la tumeur en un seul bloc, introduit la pince à polype par la brèche nasale, saisit le prolongement principal du fibrome au niveau

de la choane. La luxation s'effectue assez aisément et la tumeur est enlevée avec tous ses prolongements. Pendant les dix ou quinze secondes que dure la luxation, l'hémorragie est assez abondante. Les jours suivants elle se reproduit à l'occasion de chaque pansement ; le malade s'affaiblit de plus en plus, devient adynamique et meurt le 19 novembre 1902 à minuit.

L'envahissement des fosses zygomatiques se fait par la fente ptérygo-maxillaire ; il est ordinairement unilatéral. Ce prolongement zygomatique, arrêté ensuite par la branche montante du maxillaire inférieur, est dévié vers le haut et gagne la fosse temporale (Jamain et Terrier). Le creux parotidien se trouve ainsi comblé et repoussé en dehors. Le visage est empâté, la mastication entravée.

L'envahissement des sinus frontaux est beaucoup plus rare, tandis que celui des cellules ethmoïdales a été signalé plusieurs fois. C'est la première étape de l'envahissement gagnant ensuite le sinus sphénoïdal pour devenir intra-cranien.

L'envahissement du sinus sphénoïdal, sans être fréquent, n'est pas une rareté.

Les Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, depuis l'année 1860 en contiennent une quinzaine de cas ; mais, dans la plupart d'entre eux, il existe, soit des prolongements volumineux et multiples dans les régions voisines qui peuvent au moins faire songer à la possibilité d'un procédé sinusal. C'est ainsi que le malade opéré par Nélaton, en 1860 (*in* thèse de Gaudt) présentait de l'exorbitisme de l'œil

gauche, avec paralysie complète de la troisième paire. La pupille était largement dilatée et la vision complètement abolie. L'examen ophtalmoscopique permettait de constater une atrophie de la pupille gauche. Nélaton expliquait l'amaurose de ce malade par l'introduction du polype dans le sinus sphénoïdal.

En effet, l'autopsie de ce malade confirma le diagnostic.

Le malade de M. le Dr Le Dentu présentait une cécité absolue avec une double exophtalmie. Il fut amélioré à la suite d'une première intervention ; mais les mêmes symptômes de compression cérébrale réapparurent bientôt et, bien que l'autopsie n'ait pas été faite, Le Fort émit l'opinion qu'il s'agissait d'un prolongement dans le sinus sphénoïdal qui avait mis à nu la dure-mère.

Le malade, dont Texier a apporté l'observation au même congrès, présentait une céphalée persistante et une somnolence continuelle ; il avait également un prolongement dans le sinus sphénoïdal.

Dans un autre groupe d'observations, les plus nombreuses, il n'existait pas de signes fonctionnels permettant de poser un diagnostic ferme, mais il était facile de constater la présence de prolongements volumineux et multiples, non seulement dans le nez, mais aussi dans les autres cavités voisines (sinus maxillaire, orbite, fosses ptérygo-maxillaires, zygomatique, temporal.) C'est le cas des observations de Richet (Thèse de Gandt 1866), d'Huguier (Société

de Chirurgie 1860), de Deguise 1861, de Legouest 1864, de Guérin 1865 et de Verneuil 1870-1871).

Il n'y a que deux observations de malades ayant un prolongement dans le sinus sphénoïde n'ayant déterminé aucun symptôme. Ce sont les observations de Letenneur 1869 (Société de Chirurgie).

Deux autres observations ont été rapportées par M. Jacques de Nancy en 1908 (Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie).

On a signalé également la pénétration intra-crânienne des polypes naso-pharyngiens (rapporté au Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1909), ayant évolué par usure du corps du sphénoïde et, à ce propos, Jacques de Nancy rapporte quelques cas analogues. D'après ces recherches, dans un tiers des cas, les prolongements intra-craniens reconnaissent pour mécanisme l'usure du sinus sphénoïdal.

Dans ce cas, la tumeur détruit les os de la base du crâne, arrive à y pénétrer soit par les sinus sphenoïdaux, soit par la lame criblée de l'ethmoïde. Elle peut encore pénétrer dans le crâne par les trous du sphénoïde ou la fente sphénoïdale. C'est ainsi que Samuel Cooper vit un malade à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres qui portait un énorme polype des deux fosses nasales et chez lequel l'œil gauche était complètement amaurotique, quinze jours avant la mort.

La paraplégie et la paralysie de la vessie apparurent les huit derniers jours de la vie. Le malade mourut dans le coma, sans douleur. Une partie du

polype, grosse comme une orange, pénétrait dans le crâne ; le lobe antérieur de l'hémisphère gauche était presque entièrement détruit (*Dict.* en 30 vol., art. nez polype. A. Bernard, XXI, p. 99).

Bérard signale même cette particularité importante que, le plus souvent, vingt-trois fois sur vingt-quatre, la constatation d'un prolongement cranien a été une trouvaille d'autopsie.

Ces faits sont de nature à nous rendre très circonspect, non seulement dans le pronostic éloigné des polypes naso-pharyngiens, mais aussi dans leur pronostic immédiat, car, comme le dit fort justement mon maître, M. le Dr Sebileau, à la suite d'une observation de M. Chavasse, 1902 :

« Je crois qu'en dehors des cas vraiment simples, il ne faut jamais donner comme certainement bénigne l'extraction extemporanée des fibromes naso-pharyngiens, car il y a des dispositions anatomiques qui déjouent la main la plus habile. »

Il nous reste à donner quelques observations générales pour terminer ce chapitre.

OBSERVATION IX

M. C... A., âgé de vingt-deux ans, carreleur, entre dans le service de mon maître Sebileau, le 15 mai 1906, salle Voillez, lit n° 1, pour de l'obstruction nasale gauche et pour un écoulement nasal.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — Syphilitique depuis 1904. Début

de la maladie, 1905, par des phénomènes d'obstruction nasale, surtout à gauche.

Cette gêne de la respiration l'oblige à tenir la bouche ouverte pour respirer, peu à peu écoulement nasal séreux purulent, avec des épistaxis spontanées, rares mais abondantes. Le malade vient à la consultation au mois d'août ; on lui prescrit simplement une pommade, qui, au dire du malade, désobstrue les narines et arrête les épistaxis et l'écoulement séro-purulent. Au cours du mois de septembre, tout rentre dans l'ordre, le malade se considère comme guéri.

Jusqu'au milieu du mois de mars 1906, le malade n'a ressenti aucune gêne fonctionnelle, n'a eu aucun écoulement nasal. Mais, vers la fin de ce mois, apparurent des phénomènes fébriles, avec céphalée ayant nécessité l'admission du malade dans le service médical de l'hôpital Tenon ; des douleurs et bourdonnement d'oreille à droite, avec écoulement séro-sanguin de cette oreille. En même temps, le malade eut à nouveau des phénomènes d'obstruction nasale, avec écoulement de pus jaune verdâtre par la bouche et par le nez.

A l'hôpital Tenon on fit au malade quelques injections de mercure, en même temps que quelques cautérisations au nitrate d'argent par la voie bucco-pharyngienne.

Au bout de quinze jours, le malade quittait l'hôpital Tenon, non amélioré ; il était alors adressé à M. le Dr Sebileau, dans le service duquel on lui fit par les narines des cautérisations au galvano-cautère.

Le malade s'aperçut, quinze jours après, que son voile du palais était abaissé et qu'une tumeur faisait saillie en arrière de lui ; elle plongeait même dans le pharynx.

Après un nouvel examen à la consultation, il fut admis dans le service le 15 mai 1906.

Dès son entrée dans le service, il accusa une céphalée intense, un écoulement nasal séro-purulent tachant les draps.

20 mai. — *Examen*. — A l'inspection, le malade nous apparaissait pâle, amaigri, respirant la bouche largement ouverte, mais ne présentait pas de déformation nasale. Le pourtour des narines n'était pas érodé ; bien que par moment nous voyions sourdre un écoulement séreux. Si on lui faisait ouvrir la bouche, la simple inspection nous montrait une tumeur rétro-palatine, siégeant surtout à droite, mais débordant la ligne médiane à gauche. Son volume était à peu près celui d'une noix.

Au toucher pharyngien, on reconnaissait sa consistance dure, et l'on sentait par place des bourgeonnements. Elle semblait fixée à la paroi supérieure et postérieure du pharynx du côté droit.

Elle n'était pas adhérente au voile du palais. L'examen des fosses nasales ne montrait pas de prolongements nasaux ; les narines semblaient libres. Au niveau de l'angle de la mâchoire, on sentait un ganglion mobile, roulant sous le doigt, gros comme une noisette.

Opération. — Faite par MM. les Drs Sebileau et Lombard, le 22 mai 1906, par les voies naturelles. Le malade sort de l'hôpital quelques jours après son opération.

OBSERVATION X

J. J..., âgé de seize ans, télégraphiste, entre dans le service

de mon maître Sebileau, le 15 juin 1909, pour gêne de la respiration, salle Bertin, lit n° 13.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Scarlatine à sept ans, pas d'autres maladies.

Le début de la maladie datait de six ou sept mois. Il commança alors à respirer librement, sans éprouver de gêne de la déglutition. Il avait eu plusieurs épistaxis de courte durée. A l'examen, on trouvait une tumeur implantée sur la partie postérieure de la cloison, faisant saillie dans la narine droite et dans le cavum, tumeur qui saignait facilement au toucher. Obstruction nasale droite totale.

Opération. — Par M. le Dr Sebileau, le 25 juin 1909.

Anesthésie chloroformique.

Rhinotomie latéro-nasale et laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

La tumeur, après résection de l'os propre du nez, de la branche montante et de la paroi inférieure du sinus, se montrait implantée en hauteur sur le bord postérieur du vomer.

Éradication de la tumeur avec la pince de Doyen.

Suture des téguments. Hémorragie abondante, injection de sérum, spartéine et ergotine, pansement. Le malade meurt le 6 juillet.

OBSERVATION XI

A. C..., âgé de dix-huit ans, cuisinier, entre dans le service de M. le Dr Sebileau, le 1er décembre 1903, pour mauvaise respiration nasale, salle Voillez, lit n° 4.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Se plaignait de ne pouvoir respirer par le nez. Il avait eu deux hémorragies nasales très abondantes.

Examen. — Expiration par le nez nulle, pratiquée au moyen du miroir de Glatzer.

Rhinoscopie antérieure. — Les cornets moyens étaient hypertrophiés, au fond du cavum on remarquait une masse rougeâtre qui, au stylet, paraissait avoir une consistance molle.

La rhinoscopie postérieure montrait une masse rougeâtre occupant le rhino-pharynx sans prolongements, et s'étendant comme un rideau au-devant des choanes.

Opération le 19 décembre 1903 par mon maître M. le Dr Sebileau, au moyen de l'instrumentation d'Escat.

Anesthésie chloroformique. Par une série de prises on essaie d'enlever la tumeur, mais une partie de la masse échappe à la pince. Il se produit une grosse hémorragie, nécessitant un tamponnement pharyngé, aucune autre tentative n'est faite à cause de l'affaiblissement du pouls. Injection de sérum, 500 gr.

La deuxième opération pratiquée par M. le Dr Sebileau, 17 janvier 1904, fut faite de la même manière. Après la désinsertion avec la rugine d'Escat, on arracha encore une partie de la tumeur, la pince ne put saisir l'insertion, la portion du fibrome attachée au niveau de la choane échappa à la pince.

Elle paraissait s'attacher sur la partie supérieure du bord choanal postérieur,

Hémorragie très abondante, tamponnement intermittent. Opération incomplète.

18 février. — Léger frisson. Sérum : 500 grammes.

Suites opératoires. — L'état du malade s'améliore légère-

ment, il sort de l'hôpital le 30 mars 1904. Il revient dans le service pour une récidive le 4 mai 1904 avec les mêmes symptômes d'obstruction nasale.

Nouvelle opération faite par M. le Dr Sebileau le 14 mai.

Anesthésie chloroformique.

Incision médiane du voile et de la voûte palatine. La muqueuse incisée et reclinée, la voûte est attaquée à la gouge et au maillet, bientôt la brèche est suffisante et permet d'apercevoir la tumeur ainsi que la queue des deux cornets inférieurs.

Quatre fois, la tumeur est saisie à la pince d'Escat. Un flot de sang s'écoule, mais la pince est insuffisante pour arracher le fibrome. Enfin, M. Sebileau parvient à en pratiquer l'extraction à l'aide de ciseaux courbes.

Réunion au fil d'argent de l'incision médiane de la voûte et du voile.

Suites opératoires. — Injection du sérum : 1.000 grammes.

De jour en jour, l'état du malade s'améliore. Il respire librement et sort de l'hôpital le 30 mai 1904.

Nous finissons ici la symptomatologie des fibromes naso-pharyngiens. Cette étude clinique est indispensable et du plus haut intérêt au point de vue du pronostic, de la marche, de la terminaison de l'affection et enfin des indications opératoires.

Mais, avant de finir ce chapitre, il est utile de dire quelques mots sur l'évolution de cette affection.

Nous avons dit dans le chapitre précédent, que si une intervention ne vient pas s'y opposer, l'envahissement progressif des cavités se réalise.. Ayant

traité cette question, il ne nous reste plus à étudier que les diverses transformations que la tumeur peut subir.

Certains auteurs citent des cas où elle se gangrène et où une partie plus ou moins grande du fibrome se détache. On cite même quelques guérisons par ce processus.

Saviard (*Rec. d'obs. chirurg.* p. 112 in-8, Paris 1784) raconte l'histoire d'un malade, dont le polype tomba ainsi tout entier, le malade guérit. Un autre malade rejeta ainsi un polype par la bouche en se mouchant.

Ces cas sont malheureusement bien rares. Dans une autre observation prise dans le service de Denonvilliers le malade rendit ainsi par la bouche une partie de la tumeur.

Les polypes naso-pharyngiens, lorsque les malades sont sur le point d'atteindre l'âge adulte, à partir de vingt-deux ans, peuvent s'arrêter et même rétrocéder absolument comme les fibromes utérins à l'époque de la ménopause. Ce fait a été signalé pour la première fois par Legouest ; depuis, on en a cité beaucoup d'exemples.

Un autre fait à signaler est que ces tumeurs peuvent quelquefois prendre un développement énorme sans provoquer de troubles sérieux.

Notons ensuite la transformation en une tumeur maligne et si exceptionnelle, malgré la fréquence des polypes, que plusieurs auteurs ont mis en doute son existence. C'est ainsi que M. Jacques pense que dans la coexistence de la tumeur maligne et de polypes

ceux-ci sont secondaires, et surviennent à titre d'œdème réactionnel de voisinage.

Bartèmes écrit de son côté :

« Sans vouloir nier complètement la possibilité de transformation épithéliomateuse des polypes (dont il existe deux observations à noter de Schiffer), nous ne la croyons pas démontrée. Tout ce qu'on peut admettre, mais à titre de simple hypothèse, c'est que chez les sujets âgés ou prédisposés héréditairement, les polypes peuvent à la longue préparer le terrain et faciliter la transformation épithéliomateuse de la muqueuse.

Parmi les autres transformations il faut signaler les transformations calcaire et kystique qui sont des raretés, et qui ont été citées par Cruveilhier, Maisonneuve et Cloquet.

L'évolution des polypes abandonnés à eux-mêmes ne présente pas toujours, il est vrai, des accidents aussi graves, mais elle est le plus souvent assez rapide, et se termine généralement par la mort. Ces malades meurent jeunes pour plusieurs raisons : d'abord, ils sont épuisés par des hémorragies répétées, puis ces malades, déjà affaiblis, ne respirent plus du tout par le nez, et fort mal par la bouche, ils ont des suffocations fréquentes, d'où résulte une hémostase incomplète, une asphyxie lente. Robin cite 2 observations démonstratives de mort par asphyxie.

Un enfant de deux ans entra dans le service de M. Marjolin

le 11 avril 1861, avec un fibrome naso-pharyngien : il mourut quarante-huit heures après (Société de Chirurgie, 15 mai 1861).

Un autre enfant de cinq ans, vu par Varnier, Nélaton et Richard, portait une tumeur de même nature, qui datait de quatre à cinq mois. Les narines et les arrière-narines étaient comblées ; il y avait un commencement d'ulcération de la voûte palatine. Le mal fit des progrès effrayants, la voûte palatine fut détruite en six semaines, la cavité buccale fut presque entièrement envahie, et la mort par asphyxie arriva au bout de sept semaines.

Une autre cause d'épuisement est l'écoulement sanieux, qui se fait souvent par le nez et par le pharynx, et qui peut occasionner une infection putride.

OBSERVATION XII

C. C..., âgé de onze ans, entre dans le service de M. le Dr Sebileau, le 1er mars 1912, pour gêne respiratoire, salle Vieux-Sens, lit n° 6.

Antécédents héréditaires et *antécédents personnels :* rien à noter.

La maladie a débuté, six mois auparavant, par de la gêne respiratoire nasale ; l'enfant était obligé de tenir toujours la bouche ouverte. Dans le courant de février, il a eu plusieurs épistaxis qui ont duré une ou deux heures.

La narine gauche était augmentée de volume et laissait couler un liquide séreux. Toute la fosse nasale était comblée

par une masse grisâtre sanieuse, la voûte palatine était ogivale

Opéré par M. le Dr Sébileau, le 9 mars 1912. Anesthésie chloroformique.

Incision du voile sur la ligne médiane ; on voyait très nettement la masse qui obstruait l'orifice choanal gauche ; cette masse était mollasse, très largement adhérente.

On essaie de faire son ablation à l'aide de pinces, mais la tumeur ne peut être énucléée. On fait cinq à six tentatives infructueuses, le fibrome glisse. Enfin, on fait l'ablation de la tumeur par voie nasale, à l'aide d'une anse, et c'est à la sixième reprise seulement qu'elle était saisie, étant repoussée et refoulée dans la cavité nasale par un doigt introduit dans le cavum.

Il se produit une très légère hémorragie. Six fils d'argent pour la suture du voile. Catgut pour la luette.

Suites opératoires. — Température pendant deux jours, 39 degrés. Le malade sort de l'hôpital le 13 mars 1912.

Le malade, qui avait quitté le service le 13 mars 1912, revient le 25 octobre de la même année pour des troubles de la respiration ayant reparu progressivement depuis le 2 septembre.

Les troubles fonctionnels étaient beaucoup plus nets : ils étaient d'ailleurs variables avec les changements de position. Dans la station debout, la respiration était à peu près normale, le malade respirait sans faire de bruit, mais bien mieux par la bouche que par le nez ; toutefois, la dyspnée apparaissait dans l'effort, aussi il ne pouvait ni jouer, ni courir sans être essoufflé. Dans la position couchée, les troubles étaient beaucoup plus marqués ; principalement dans le décubitus dorsal, la respiration était pénible, s'accompagnant d'un ronflement très bruyant aux deux temps de la respiration.

Dans le décubitus latéral, cette gêne et ce bruit expiratoire ont été moins marqués. La voix était nasonnée.

Examen rhinoscopique. — Ne donnait pas grand'chose.

Examen clinique. — Le voile du palais était parfaitement restauré de la première intervention, mais il était bombé en avant, faisant une saillie convexe dans la cavité buccale.

A la rhinoscopie antérieure on constatait que la fosse nasale droite était complètement libre et perméable à l'air ; du côté gauche, au contraire, elle était obstruée par un prolongement du fibrome et baignait dans du pus jaunâtre.

Au toucher, on constatait une masse dans le naso-pharynx.

Pas de déformation faciale, pas de troubles oculaires.

Opération le 3 décembre 1912 par mon maître Sebileau.

Anesthésie chloroformique.

Laryngotomie inter-crico-arythénoïdienne. Section médiane du voile du palais, à côté de l'ancienne cicatrice. Très petite hémorragie, pas de tamponnement; le malade sort de l'hôpital le 29 décembre 1912.

Un autre symptôme caractéristique est la privation de sommeil. Celui-ci est interrompu par la suffocation et par l'acuité et la continuité des douleurs qui résultent de la compression des nerfs. Il est à remarquer que cette grande dyspnée augmente beaucoup pendant la nuit.

Enfin, la tumeur pénétrant dans le crâne peut donner lieu à des accidents cérébraux promptement mortels. Ces accidents peuvent être pendant quelque temps stationnaires, et tout d'un coup se développer avec une rapidité telle que la mort arrive

en quelques jours. Voici une observation de Robin Massé.

M. X.... entre à l'hôpital des cliniques, présentant le facies caractéristique des malades atteints de polype naso-pharyngien.

L'œil était déplacé, légèrement procident. Le 20 janvier, le pouls était à 52 et le 21 janvier à 48. La vue était complètement abolie. Le malade était dans une sorte d'état thyphoïde qui nous indiquait probablement, depuis quelques jours, un prolongement intra-cranien. Le malade meurt quelques jours après.

Dans cet envahissement, l'état général du malade s'altère et bientôt apparaissent les signes de la cachexie la plus profonde.

En définitive, la mort peut être déterminée :

1° par asphyxie ;

2° Par des hémorragies incoercibles ;

3° Par une sorte d'empoisonnement septique ;

4° Par des accidents cérébraux ;

Nous finissons ici ce chapitre par la très judicieuse observation de M. le professeur Broca :

« L'évolution anatomique de cette tumeur fait croire que ces polypes naso-pharyngiens sont graves par les délabrements de voisinage qu'ils provoquent. Ils sont graves encore par les hémorragies aux quelles ils donnent naissance. Ils sont graves, enfin, par les interventions chirurgicales qu'ils exigent. »

C. — Traitement du fibrome naso-pharyngien

Le traitement du fibrome naso-pharyngien a subi de nombreuses alternatives, tantôt plus, tantôt moins radicales. Mais, malgré la diversité des thérapeutiques, nous diviserons toutes ces méthodes, chirurgicales ou médicales, en deux grandes classes : méthodes simples et méthodes composées.

Nous suivrons donc ce plan sans faire un traitement médical et chirurgical à part, mais nous insisterons tout particulièrement sur la méthode composée, car elle nous paraît beaucoup plus radicale. La méthode simple a donné d'assez nombreux succès, mais surtout dans les cas d'extirpation de polypes de petit volume, aussi nous contenterons-nous d'en donner simplement une rapide description.

La méthode simple a certains avantages : elle ne présente pas de gravités opératoires, les délabrements sont minimes, elle ne laisse pas de cicatrices et quelquefois dispense d'anesthésie générale. Cependant c'est une méthode opératoire incomplète, donnant des récidives très fréquentes, qui ne convient qu'à des cas de fibromes naso-pharyngiens de petit volume, nettement pédiculés et sans gros prolongements.

S'agit-il, au contraire, de tumeur volumineuse, présentant un large pédicule, émettant des prolongements multiples et surtout hémorragipares ; de tumeur ayant son insertion très haut placée et

envoyant des prolongements dans le massif facial, nous préférons dans ces cas la méthode composée. Il est exact que la résection du maxillaire, temporaire ou définitive, partielle ou totale, est toujours grave ; il faut craindre le choc opératoire, l'asymétrie faciale, les cicatrices (qui importent peu cependant si la vie du malade est en jeu). L'opération est radicale et définitive.

I. — Méthodes simples

Arrachement. — L'arrachement est le procédé le plus ancien, il date d'Aquapendente ; ce fut lui qui, dit-on, eut le premier l'idée de l'employer. Il est encore en faveur aujourd'hui. Pratiqué avec ou sans voie d'accès préliminaire, la méthode d'arrachement s'exécutait à l'aide d'instruments très solides, généralement de pinces courtes massives très courbées, lorsqu'on pénétrait par exemple par les voies naturelles, c'est-à-dire d'emblée vers le pédicule de la tumeur.

Les tenettes très fortes d'Ollier étaient munies de dents implantées perpendiculairement sur les mors. Le pédicule saisi, on cherchait à l'arracher par la torsion ou la traction. La torsion, efficace quand il était possible de l'employer, passait en réalité pour difficile parce qu'on ne pouvait pas placer les pinces près de l'insertion de la tumeur. On reconnaissait à l'arrachement, non seulement le précieux avantage de permettre d'agir par les voies naturelles (quand

le polype était petit et sans prolongement trop gênant), mais encore d'enlever le néoplasme en totalité, car on entraînait alors avec la masse principale toute la racine de la tumeur.

On éleva cependant des objections assez sérieuses contre cette méthode.

En effet, lorsque la tumeur est très solidement implantée, il faut l'arracher presque morceau par morceau et il peut se produire des hémorragies inquiétantes.

En outre, très souvent, l'os de la zone d'implantation est plus ou moins altéré et alors on peut arracher un fragment osseux (Forget et d'autres auteurs insistèrent sur ce fait à la Société de Chirurgie en 1857). Gosselin, dans sa thèse des concours d'agrégation, cite un cas de méningite traumatique survenue après l'arrachement d'un polype naso-pharyngien.

Broiement. — Velpeau se servait de pinces solides à mors larges et fortement dentés avec lesquelles il pressait, tordait et déchirait la masse néoplasique. Après avoir détruit les parties intérieures de la masse il remontait graduellement et, après une première partie, il en broyait une seconde, puis une troisième ; il ne cherchait pas à broyer les divers prolongements ; car, selon lui, ces prolongements une fois séparés de la tumeur principale, étaient réduits à l'état de lambeaux privés de vie et ne tardaient pas à se détacher d'eux-mêmes, au bout de quelques jours. Malheureusement le procédé de Velpeau ne se vulgarisa pas, parce qu'il était dangereux, à cause du manque d'antisepsie à cette époque.

Ligature

Procédé employé par les chirurgiens du XVIII^e^ siècle. Levret a perfectionné ce procédé ; c'est une méthode d'une application assez difficile. Dubois simplifia les manœuvres. Quand le pédicule n'était pas trop haut placé, il faisait placer l'anse dans un fragment de sonde élastique de 20 à 30 centimètres de long. A ce fragment glissant librement sur l'anse, était attaché un fil colorié. A fur et à mesure que les chefs de la ligature étaient attirés hors des narines, par la sonde de Belloc, on dirigeait l'anse ouverte sur le pédicule de la tumeur à l'aide des doigts introduits dans la bouche. L'anse, une fois fixée, on retirait la sonde à l'aide du fil colorié.

Dans le cas où cette manœuvre était impossible, Blandin se servait d'une fourchette à trois dents creuses, dont les deux dents latérales pouvaient se rapprocher où s'écarter à volonté de la ligne médiane, au moyen d'une tige cheminant dans le manche creux de l'instrument.

Pendant un certain temps, on a employé le porte-ligature de Bigaud, nommé aussi polypotome, qui se composait de trois tiges se mouvant dans une canule. Ces tiges se raprochaient ou s'écartaient à volonté par un mécanisme très simple. Leur extrémité présentait une ouverture en bec d'oiseau dans laquelle on mettait l'anse du fil. Après avoir fait franchir à l'instrument le voile du palais, on l'ouvrait juste

suffisamment pour porter l'anse du fil ainsi dilatée, sur le pédicule de la tumeur. Il suffisait ensuite de tirer sur les chefs de l'anse pour que celle-ci abandonnât l'instrument.

L'instrument de Leroy d'Étoilles, moins maniable que celui de Bigaud, permettait cependant de porter la ligature beaucoup plus au ras de la base du crâne.

Le porte-ligature de Charrière n'est qu'un perfectionnement et une simplification de l'instrument de Leroy.

Les procédés permettant de bien jeter l'anse du fil autour du pédicule étaient nombreux ; mais, parmi eux,il faut signaler surtout celui de Gerdy.

Le procédé de ligature de la tumeur comportait malgré tout de nombreux échecs ; échecs dus surtout à l'implantation de la tumeur sur une large surface et aux prolongements que le fibrome pouvait donner dans divers sens ; il est bien évident alors que la préhension de la tumeur devenait presque impossible.

Les auteurs du *Compendium de Chirurgie* conseillaient d'abandonner cette méthode, même dans le cas où les deux causes d'échec précitées n'existaient pas.

Écrasement de la tumeur

Fallop et Péan s'en servaient pour des tumeurs d'un volume moyen à l'aide d'un instrument de leur

invention ressemblant au céphalotribe ; les deux branches étaient placées isolément sur la tumeur que l'on comprimait à l'aide de la vis placée au voisinage de la poignée. En même temps, la lame d'une scie, cachée dans l'anse des branches, sectionnait la masse morbide par un mouvement de va-et-vient.

Compression lente par les pinces

Malinveri, auteur italien, appliqua pour la première fois cette méthode. Nous trouvons ensuite Letenneur de Nantes qui publia (dans *la Gazette médicale de Paris*) le résultat d'une intervention en 1860. Cette méthode était la suivante :

« Pour simplifier la compression déterminée par la ligature, il conseille de se servir de pinces dont on plaçait aisément les mors sur le pédicule de la tumeur.

L'instrument était semblable à l'entérotome de Dupuytren. Avec cette méthode, on serrait graduellement et à plusieurs reprises les pinces sur le pédicule et on exerçait ainsi une compression lente et progressive. C'était, en somme, étrangler le pédicule du polype entre les mors d'une pince spéciale, articulée en forceps, dont les branches, isolément introduites par les narines, étaient laissées en place jusqu'à la chute complète et spontanée de la tumeur.

La statistique montre que quelques malades ayant eu des récidives ont été guéris par cette méthode.

Cautérisation

C'est une méthode très ancienne. Hippocrate, Ambroise Paré se servaient du fer rouge ; elle fut délaissée. En effet, lorsque la tumeur est très volumineuse, elle nécessite de larges voies d'accès artificielles, ainsi qu'un grand nombre de séances fort douloureuses pour le malade. Cependant, on a vu plusieurs guérisons par la cautérisation.

Galvano-causti-chimique.

C'était une autre méthode thérapeutique. On cautérisait la tumeur avec diverses substances chimiques ; nitrate d'argent, potasse, poudre escharotique, nitrate acide de mercure, pâte caustique de Vienne solidifiée, chlorure d'antimoine, furent tour à tour mis en usage.

Il est évident que l'action de ces diverses substances est incontestable ; malheureusement, en ne connaissant pas l'implantation exacte de la tumeur, on attaquait la tumeur au hasard.

Nous citerons, en dernier lieu, comme méthode simple, la rugination pour passer ensuite aux méthodes composées.

Rugination

Elle fut employée par Alphonse Guérin, imitant le procédé de Brelli de Turin. Dans ce cas, l'exécution était assez facile et ne provoquait pas d'hémorragie sérieuse, mais malheureusement cette méthode n'était applicable que lorsque la tumeur était petite et limitée.La rugination étudiée, nous en aurons fini avec les méthodes opératoires simples, en nous réservant toutefois de faire un parallèle entre la rugination et l'arrachement.

Plusieurs auteurs préfèrent l'arrachement à la rugination, car la rugination (corollaire de la notion d'implantation basilaire du fibrome) laisse fatalement en place des prolongements cachés de la tumeur, tandis que l'arrachement les extirpe souvent en même temps que la tumeur principale. L'arrachement a son application surtout dans les cas où la tumeur envoie des prolongements dans les cavités voisines.

En somme, il ne s'agit pas de préférer telle ou telle méthode ; mais chaque cas, suivant le volume et le siège du fibrome, commande de recourir à l'un des procédés simples ou composés, c'est-à-dire :

La voie nasale ;

La voie faciale ;

Et la voie palatine.

Les méthodes composées

Aucun de ces procédés cités ne permettent une large voie d'accès. Il en résulte donc une intervention plus ou moins aveugle, une opération et une hémostase incomplètes, d'où facilité d'hémorragie et d'infection pouvant amener la mort.

La disposition anatomique de la région qui nous occupe permet d'intervenir par trois voies principales, que nous allons décrire dans ce chapitre. Nous commencerons par la voie nasale, car c'est la plus ancienne des trois ; nous aurons ainsi, en même temps, l'occasion de suivre l'évolution historique des diverses méthodes opératoires.

A. — *Voie nasale*

Cette opération avait été faite dès l'antiquité ; elle date d'Hippocrate ; c'est ainsi, en effet, que ce dernier auteur et Celse fendaient le nez sur la ligne médiane pour extraire les tumeurs volumineuses.

Elle fut employée plus tard par Fallope, Riolan et, vers le commencement du XIX^e^ siècle, par Dieffenbach et Rosen.

Desprès père, propose une résection interne assez étendue du squelette nasal. Il décrit son procédé de la façon suivante :

Premier temps. — Inciser avec un bistouri dirigé

perpendiculairement à la peau depuis le sillon naso-labial et naso-génien. Cette incision doit comprendre toute l'épaisseur des parties molles ; elle sera ensuite dirigée sur le bord antérieur du maxillaire supérieur depuis le sillon indiqué jusqu'à l'os propre du nez du côté correspondant ; un aide relève la partie latérale du nez ainsi détachée.

Deuxième temps. — Inciser la sous-cloison à son union avec la lèvre supérieure. Continuer l'incision de manière à détacher de la muqueuse, le cartilage triangulaire de l'épine nasale antérieure et de la crête qui lui fait suite, sur l'étendue d'un centimètre.

Troisième temps. — Introduire parallèlement au plancher des fosses nasales, de chaque côté de la cloison, la branche très étroite d'une pince de Liston ; détacher le vomer aussi près que possible de la voûte palatine et dans toute son étendue ; reporter l'instrument dans la même direction au niveau du bord des os propres du nez et diviser jusqu'à l'apophyse maxillaire, le vomer est enlevé ; c'est alors que l'opérateur doit juger si la voie qu'il s'est créée est assez large, non seulement pour faire agir les instruments, mais encore pour extraire le polype, soit par fragments, soit en totalité.

La méthode de Desprès, comme toutes les autres, ne donne pas assez de jour, maintenant nous décrirons quelques autres méthodes qui, au contraire, donnent une voie artificielle assez large.

Tout d'abord celle de *l'auvent nasal*. La résection temporaire du nez à lambeau latéral est le seul pro-

cédé réellement avantageux. Chassaignac fut l'instigateur de la méthode, il l'employa deux fois en 1854 et 1855 ; c'est un procédé qui, malgré l'avis de von Bruns, constitue la première indication de la méthode de résection temporaire, comme le professeur Verneuil l'a établi à la Société de Chirurgie, le 30 mai 1866. Voici en quoi consiste ce procédé :

Procédé de Chassaignac. — 1° Première incision transversale, sur la racine du nez, d'un angle orbitaire à l'autre ;

2° Seconde incision transversale, immédiatement au-dessous du nez, d'une aile du nez à l'autre, et incision verticale, le long de la paroi latérale du nez, réunissant les points terminaux correspondants des deux incisions transversales ;

3° Détachement des portions cutanées et cartilagineuses du nez, qu'on rabat entièrement sur la joue. Résection des deux os du nez et des portions avoisinantes des deux apophyses montantes du maxillaire supérieur, avec la scie à chaîne, après avoir passé d'une orbite à l'autre un trépan perforateur.

A ce procédé de Chassaignac, on peut rattacher le procédé de von Bruns. C'est une résection temporaire du squelette osseux du nez, qui permet ainsi de rabattre latéralement le nez sous forme de lambeau.

Procédé de Bœckel. — Le procédé de Bœckel est également une méthode à lambeau latéral.

1° On fait une incision transversale sur le dos du nez, allant d'un sac lacrymal à l'autre, immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

2° Une deuxième incision, partant de l'extrémité droite de la première, descend dans le sillon naso-génien, jusqu'à l'aile du nez qu'elle détache ;

3° Une troisième incision divise la sous-cloison à son union avec la lèvre ;

4° A l'aide d'un trocart on perce le nez d'un sac lacrymal à l'autre et on sépare les os avec la scie à chaîne dans le sens de la première incision.

Un deuxième trait, avec la scie à Guichet, on divise les os dans le sens de l'incision verticale. Enfin, il reste à couper verticalement la cloison des fosses nasales, aussi loin que possible en arrière. On y parvient avec une pince de Liston, un fort bistouri et une petite scie.

Troisièmement. — On replie le vaste lambeau comprenant presque toute la saillie du nez vers le côté, à sa base. On la saisit entre les branches d'une forte pince garnie d'amadou. Si elle offre trop de résistance, on peut la diviser par l'intérieur du nez avec une paire de ciseaux.

Quatrièmement. — Pour achever de dégager l'accès du pharynx, il faut encore faire l'ablation des cornets et du reste de la cloison.

Puis, le polype enlevé, on fixe le nez en bonne position à l'aide de points de suture. La portion de la cloison, qui a été conservée et repliée avec le nez empêche l'affaissement de cet organe, et les cicatrices restent relativement peu visibles.

Dans ce procédé, le pont nutritif qui correspond à toute la hauteur d'une paroi latérale du nez est

beaucoup plus large et par suite mieux irrigué que dans les autres procédés.

Il ne présente pas, comme le relèvement du nez en haut, le désavantage particulier de rendre plus difficile le passage vers les portions supérieures de la cavité nasale et le pédicule du polype. Il a aussi l'avantage de laisser moins de traces, on ne remarque de cicatrice que le long d'une paroi latérale du nez. L'incision nasale inférieure se cicatrise, sans presque laisser de traces, tandis que dans les deux autres procédés, la cicatrice court des deux côtés du nez.

Nous ne donnerons pas la description des opérations de Denucé et d'Egouest, car elles ne sont qu'une simple modification du procédé de Chassaignac, elles ont des indications spéciales.

Procédé de Kœnig. — Kœnig fend le nez latéralement le long du nez, près de la ligne médiane, suivant qu'on a diagnostiqué un développement de la tumeur plus exagéré d'un côté que de l'autre.

Les lèvres de l'incision nasale sont écartées par des pinces et la tumeur est enlevée avec des curettes fortes et de grandes dimensions, peu tranchantes, présentant un très large manche. Ce n'est, en somme, que le procédé de Verneuil, avec arrachement du polype à l'aide d'un instrument spécial. Ce procédé est simple, rapide, et d'une exécution facile, mais il est aveugle et par suite expose à un désastre, si l'on se trouve en face d'un cas difficile qu'il n'est pas toujours possible de reconnaître d'avance.

Procédé de Lavance (1). — C'est un procédé beaucoup plus rationnel ; l'auteur le fit connaître en 1862. Deux incisions, commençant aux sacs lacrymaux, sectionnent verticalement toutes les parties molles de chaque côté du nez et se terminent à l'union des ailes du nez avec la lèvre supérieure. Puis, on sectionne l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ainsi que les insertions au frontal des os propres du nez. De cette façon, on divise et on libère la cloison nasale ; on relève alors le nez en masse sur le front, et on procède à l'ablation des masses polypeuses ; ceci fait, on remet tout en place par quelques points de suture.

Procédé du lambeau inférieur. — D'autres chirurgiens, pour obtenir une voie d'accès plus large, ont fait la résection temporaire de la totalité de la pyramide nasale.

L'instigateur est le célèbre chirurgien lyonnais Ollier. L'auteur a donné à ce procédé le nom *d'ostéotomie verticale bilatérale du nez* avec renversement de haut en bas.

Premier temps. — On fait une incision, en forme de fer à cheval, commençant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant directement vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche par le même chemin jusqu'au niveau du bord supérieur de l'aile du nez. Cette incision comprend toutes les par-

1. *Med. Times*, 1862, vol. II, p. 491.

ties molles. Puis ensuite, avec une scie, on sectionne rapidement la charpente du nez dans la direction de la plaie extérieure.

On arrête l'instrument dès qu'on sent qu'on a dépassé les apophyses montantes ; on mobilise le nez avec quelques coups de ciseaux sur la cloison ou les cartilages des ailes, et on le renverse en bas ; s'il est nécessaire, on fait la ligature des deux branches de l'artère frontale interne au niveau de la racine du nez.

Deuxième temps. — Il consiste dans la mobilisation de la cloison, l'ouverture antérieure des fosses nasales ne donnent pas assez de jour.

Cette mobilisation peut se faire par plusieurs procédés, soit en introduisant le doigt dans une narine pour déjeter le septum, soit encore en sectionnant avec les ciseaux la partie supérieure de ce septum pour le mobiliser en masse. Le premier procédé est avantageux, car il permet de ne pas interrompre la continuité de la muqueuse.

Troisième temps. — On a ainsi une assez large voie, il ne s'agit plus que d'extraire la masse. Cette extraction demande quelques précautions à prendre, c'est-à-dire aller chercher l'implantation du fibrome et, si cela est possible, ses divers prolongements et ses adhérences ; arracher la tumeur avec une forte pince ; ruginer la base d'implantation.

Dans le cas où le fibrome a une implantation trop en arrière ou en haut, il est nécessaire que le doigt introduit dans la bouche dirige les instruments.

La réunion des lambeaux se fait très facilement et la vitalité des tissus est assurée par le triple pédicule, c'est-à-dire le septum nasal et les deux ailes du nez. Au bout de quinze jours la suture présente une certaine solidité,

B. — *Voie palatine*

Cette méthode, comme les autres, comprend de très nombreux procédés opératoires ; nous nous contenterons d'énumérer la plupart d'entre eux et nous ne décrirons en détails que les principaux, et surtout nous insisterons particulièment sur la méthode de notre maître, M. le Dr Sebileau.

La voie palatine fut proposée et suivie pour la première fois par Manne d'Avignon en 1717, qui fit l'incision du voile du palais sur la ligne médiane, pour extirper un polype naso-pharyngien. Le procédé de Manne fut employé quelques temps après par J.-L. Petit. Citons ensuite Mannoli, Ansiaux, Adelmann, qui ont tous pratiqué l'opération de Manne.

Adelmann rapporte un cas de polype naso-pharyngien qui avait déterminé entre autres lésions une perforation de la voûte palatine. De même, Jarjavay a communiqué un cas où la tumeur avait détruit une partie de la voûte osseuse palatine.

La méthode de Manne a donné naissance à un autre procédé que Maisonneuve a voulu s'attribuer en 1859.

Il s'agit de *la boutonnière palatine* qui a été pratiquée pour la première fois par Dieffenbach. Ce dernier auteur ne la pratiqua qu'une fois, en 1834. Maisonneuve suivit plusieurs fois cette méthode, soit isolément, soit combinée à une autre méthode.

J.-L. Petit procédait de la même façon, mais il incisait le voile du palais en deux endroits ; cette méthode, qui a été pratiquée par Jobut (*Gaz. des Hôp.*, 22 juillet 1858), est la suivante :

Incision commençant à la base des deux piliers du voile du palais, que l'on détache suffisamment, et se terminant en haut dans l'épaisseur du voile du palais ; relever le voile avec une pince de Museux ; détacher le polype avec un bistouri courbé, et ensuite cautériser la base de l'implantation avec le fer rouge.

Dupuytren fendait l'aile du nez près de la ligne médiane, il faisait une incision contournant les deux ailes du nez, et détachait les cartilages jusqu'aux os. Une autre fois, il incisa successivement la joue et la lèvre supérieure, et perfora en même temps la voûte palatine et la paroi externe du sinus maxillaire.

Giraldos, en 1850 (Soc. de Chirurgie, 1850), fendait le nez dans toute sa hauteur, sans toucher aux os ; il ne put enlever le polype. Quelques jours après, son malade mourait d'une gangrène pulmonaire et d'une inflammation couenneuse des voies aériennes supérieures.

En somme, ce procédé avait pour but d'agrandir la voie buccale, mais en réalité cette voie ainsi faite

restait toujours étroite, et on faisait toutes les opérations aveuglément. De plus, il restait des difformités produites par les nombreuses incisions. Le plus grand inconvénient était l'impossibilité de prévenir les récidives. Aussi, dans la thèse de Botrel, nous lisons qu'un malade de Dupuytren fut opéré vingt-cinq fois, sans qu'on puisse le débarrasser de son polype, et Nélaton considérait toutes ces interventions comme des méthodes palliatives.

Nélaton a divisé cette opération en trois temps :

Premier temps. — Opération préliminaire, consistant dans l'incision du voile du palais et dans la résection partielle de la voûte palatine.

Deuxième temps. — Opération principale destinée à détruire le polype.

Troisième temps. — Opération complémentaire réparatrice ; staphylorraphie.

1° *Opération préliminaire.*

a) Traction en avant de la luette, à l'aide d'une pince, incision du voile d'avant en arrière sur la ligne médiane. On prolonge l'incision en avant sous la voûte palatine en allant jusqu'à l'os.

b) De chaque côté de l'extrémité antérieure de l'incision de la voûte palatine, on fait une deuxième incision transversale d'un centimètre, ce qui forme un T à branches antérieures. Avec une spatule, on sépare la muqueuse de la voûte osseuse.

c) On introduit transversalement la pointe des

ciseaux le long du bord supérieur de la voûte, on incise dans l'intervalle qui sépare les deux feuillets du voile du palais, sur une étendue d'un centimètre à droite et à gauche, en ayant soin de ne pas toucher au feuillet inférieur des deux lambeaux du voile.

d) On obtient de cette façon une sorte de porte à double battant, que l'on peut récliner à droite et à gauche ; et la voûte palatine se trouve mise à nu. Les lambeaux écartés avec des érignes, on enfonce un perforateur à droite et à gauche, ce qui donne deux trous dans lesquels on introduit une pince de Liston, dont le rapprochement des branches fait sauter la lame osseuse intermédiaire.

Très souvent, le reste de la voûte palatine se détache latéralement et toute cette partie de la voûte tombant, on obtient une vaste perforation, à travers laquelle le regard pénètre dans la partie postérieure des fosses nasales. Il reste encore la muqueuse des fosses nasales et le périoste qui lui est adhérent ; on les incise sur la ligne médiane et on relève les deux lambeaux, pour réséquer ensuite, s'il y a lieu, une portion plus ou moins grande du vomer. Nélaton faisait ensuite l'excision d'une partie du polype, dont il cherchait à obtenir la destruction par des cautérisations répétées à l'aide d'acides à travers la perforation osseuse laissée ouverte.

Nous n'insisterons pas sur l'opération complémentaire qui ne présente rien de particulier.

Bœckel incise transversalement le voile, procédé qui, selon lui, donnerait une cicatrisation spontannée

ou tout au moins faciliterait la staphylorraphie ultérieure.

Dans le cas de M. Rochet, publié dans *la Province médicale*, en 1896, ce chirugien, pour se donner plus de jour, sans toucher au palais osseux, incise sur la ligne médiane le voile du palais, puis, avec la rugine, le sépare du palais osseux, sur une longueur d'un centimètre et demi de chaque côté, de sorte que les deux lambeaux se rabattent plus facilement laissant entre eux un intervalle beaucoup plus considérable qu'avec l'incision seule du voile.

A travers les deux moitiés du voile, écartées par des pinces de Museux, on aperçoit la tumeur. Dans le cas d'incision simple du voile du palais, on obtient une ouverture triangulaire. Avec le procédé de la rugination, l'espace devient quadrangulaire et, par suite, beaucoup plus considérable, ce qui facilite d'autant l'accès de la tumeur.

Comme nous l'avons dit plus haut, les fibromes naso-pharyngiens sont des tumeurs souvent très vasculaires, d'où la fréquence d'hémorragies graves, au cours de l'intervention. Pour les éviter et empêcher l'irruption du sang dans les voies aériennes, quelques chirurgiens ont préconisé des opérations préliminaires. Picqué, Verneuil, Quénu, Schwartz ont longuement discuté sur cette question dans le Congrès pour l'avancement des sciences (Besançon, 1893).

Picqué, dans un cas, fait la trachéotomie préventive, met en place la canule-tampon de Trendelenburg et

chloroformise son malade par la canule. Verneuil avait déjà eu cette idée.

Plus tard, au même congrès, Verneuil et Schwartz préfèrent à la trachéotomie la ligature préventive des deux carotides externes ; pendant longtemps, cette ligature a été avantageusement employée par Verneuil et Sieur.

Nous avons vu que le diagnostic des prolongements intra-crâniens devient quelquefois impossible ; ainsi, le cas de M. Rouvillois : son malade ne présentait aucun signe cérébral ; il fut opéré par lui sans que le diagnostic du prolongement intra-cranien fût fait ; le malade mourut d'une hémorragie au bout de peu de temps.

L'autopsie faite par l'auteur a montré l'existence d'un prolongement dans le sinus sphénoïdal, qui avait échappé à l'opérateur. C'est ce prolongement qui, saignant secondairement, emporta le malade. Pareil cas a été signalé, une quinzaine de fois. On peut dire que, toutes les fois que l'insertion de la tumeur est douteuse, cette méthode de ligature des deux carotides devient presque indispensable pour l'hémostose immédiate et secondaire.

M. le professeur Kirmisson conseille l'incision Manne-Nélaton, car cette méthode offre une large voie, pour enlever la tumeur en totalité ; ce qui assure mieux contre l'hémorragie que la ligature des deux carotides externes. Ce qui saigne, ce sont toujours des portions non enlevées du polype.

L'intervention dans le cas des fibromes naso-pha-

ryngiens, comme le fait remarquer très justement notre maître, M. le Dr Lemaître, est toujours difficile ou, plus exactement, délicate pour trois raisons :

1° La tumeur saigne et on se rend péniblement maître de l'hémorragie, car le point qui saigne est profond et invisible ;

2° Le sang pénètre dans les voies respiratoires, ce qui, immédiatement, peut provoquer l'asphyxie ou secondairement de graves complications pulmonaires qui emportent le malade ;

3° L'anesthésie est difficile à assurer, le chloroformisateur gêne l'opérateur dont il prend souvent la place.

Une technique opératoire spéciale permet d'éviter ces inconvénients : c'est la technique de mon maître Sebileau, que voici :

1° Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne d'exécution assez facile et rapide ; écarte le chloroformisateur, dégage le champ opératoire et assure une anesthésie calme et régulière.

2° Le tamponnement de tout le carrefour aéro-digestif, voire même de la couronne laryngée et de l'hypopharynx, évite admirablement l'irruption de sang à l'intérieur des voies respiratoires et cela sans qu'il y ait besoin de recourir à la déclivité insuffisante de la position de Rose, position qui peut avoir de fâcheuses conséquences pendant les vomissements.

3° Incision du voile du palais, qui permet d'étudier la tumeur, de la saisir, de l'extraire facilement, de

reconnaître et de tarir l'hémorragie à l'aide de la compression digitale.

Pratiquement l'acte opératoire comprend plusieurs temps :

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Mettre la tête en légère hyperextension, badigeonner la région avec la teinture d'iode, quelques minutes après laver à l'alcool. Là deux méthodes se trouvent en présence :

1° Faire une petite incision verticale de 2 ou 3 centimètres sur la région inter-crico-thyroïdienne, ou mieux ;

2° Sans incision préalable, prendre la canule de Butlin-Poirier, et l'introduire à travers la membrane crico-thyroïdienne.

Mais il sera préférable, avant de pratiquer l'une ou l'autre de ces deux méthodes, de fixer la peau de la région inter-crico-thyroïdienne qui est très mobile, avec l'index et le pouce de la main gauche, car cette mobilité tégumentaire permet le glissement de la peau sous la canule ou sous le bistouri ; l'opération finie, on voit que la peau reprend sa place normale, les deux orifices tégumentaire et profond ne correspondent pas et la respiration devient défectueuse. Une fois la canule introduite, on applique sur elle le dispositif de mes maîtres Sebileau et Lemaître, dispositif qui est relié d'autre part à l'appareil de Ricard.

Tamponnement du pharyngo-larynx

Un ouvre-bouche est appliqué sur la bouche du malade et reste en place jusqu'à la fin de l'opération des mèches soigneusement comptées sont introduites dans le pharynx et sur le larynx ; l'espace rétro-lingual lui-même est fortement tamponné, donc aucune communication par cette voie. Le malade respire librement par sa canule.

Incision du voile du palais

Cette incision para-médiane s'étend de la luette, qu'elle laisse intacte, jusqu'à l'épine nasale postérieure ; elle est faite à l'aide du bistouri, ou mieux, à l'aide de ciseaux recourbés ; un doigt protecteur soulève légèrement le voile ; la tumeur très hémorragique n'est pas intéressée.

Préhension et extraction de la tumeur

Une grosse pince recourbée, de Doyen, introduite largement ouverte dans le cavum ; elle glisse entre la tumeur et les parois latérales du pharynx qu'elle repousse ; enserre le polype qu'elle saisit le plus haut possible. La prise, pour être bonne,doit être voisine du pédicule, quelques mouvements combinés de torsion et de traction permettent alors de désinsérer

la tumeur ; la résistance est assez grande et quand le polype vient, on a la sensation de brisure osseuse.

Hémostase. — Une fois la tumeur arrachée, l'hémorragie apparaît ; le sang afflue par le nez et par la bouche ; mais contrairement à ce que l'on croit, la perte de sang n'est pas considérable, du moins lorsque tout le polype est enlevé. L'index reconnaît la surface d'implantation osseuse, irrégulière, rugueuse ; la compression digitale, faite en ce point pendant dix minutes, arrête en partie l'hémorragie.

Examen et manœuvres endo-nasales

Pendant que l'aide assure la compression digitale, l'opérateur explore la fosse nasale. Cet examen inutile quand le polype est entièrement pharyngé, devient nécessaire et obligatoire dans le cas où il y a des prolongements antérieurs ; dans ce cas, en effet, le polype peut avoir été sectionné au bord de l'orifice choanal et toute la partie nasale peut être restée en place. Alors, une pince de Luc introduite par l'orifice narinal va saisir la masse qui n'a pas été enlevée, tandis que l'index qui comprimait le pédicule pénètre momentanément dans l'orifice postérieur des fosses nasales et s'oppose à la sortie du prolongement antérieur du polype, ce qui permet à la pince de le saisir fortement.

Suture du voile ou staphylorraphie

L'hémostase définitive étant assurée à l'aide de deux mèches pharyngiennes et d'une mèche nasale, on procède à la suture du voile ; celle-ci se fait aisément à l'aide de quelques points au fil d'argent.

Libération des voies respiratoires

On retire les compresses placées au début de l'opération dans le laryngo-pharynx ; on enlève la canule de Butlin-Poirier, et un point de suture profond ferme définitivement le larynx.

Les suites opératoires sont ordinairement des plus simples, les mèches sont enlevées quarante-huit heures après l'opération, les fils d'argent le septième jour. Pas de complications ; la récidive est l'exception.

Tous ces procédés cités jusqu'à présent ont leurs avantages lorsque la tumeur a une évolution antérieure vers les fosses nasales, ou encore en bas vers le naso-pharynx.

Mais, lorsque la tumeur progresse en haut, vers la base du crâne ou vers les divers sinus du massif facial, son extraction devient excessivement difficile, délicate, deux procédés sont alors en présence :

L'électrolyse ;

L'ablation de la tumeur par la voie faciale ou la résection du maxillaire.

Nous ne décrirons pas l'électrolyse et nous passerons dès maintenant sur le second procédé, c'est-à-dire.

C. — *Voie faciale.*

Nous voici arrivé à l'étude des méthodes opératoires qui permettent d'atteindre le fibrome naso-pharyngien, par une voie large, créée à travers le squelette de la face ; il y a deux procédés opératoires ;

1° Résection temporaire du maxillaire ;

2° Ablation totale de cet os.

La première méthode se propose de faire la résection des os du massif facial de telle sorte que la réunion de la portion osseuse se produise à sa place normale. Les os qu'on laisse unis aux parties molles qui les recouvrent sont divisés d'après les lignes indiquées par les incisions cutanées avec conservation d'un pont nutritif. Au niveau de ce pont, on brise la lame osseuse qu'il est possible alors de rejeter sur le côté par un mouvement de charnière.

Après l'ablation de la tumeur, on place à nouveau dans sa position normale la lame osseuse détachée. C'est, en un mot, la séparation d'une portion osseuse restant en partie adhérente, avec déplacement temporaire, puis remise en place et réunion. C'est la résection temporaire du maxillaire indiquée par Bœckel.

Procédé de Langenbeck

Une première incision partant de la base de l'aile du nez allant horizontalement en dehors jusqu'au milieu de l'arcade zygomatique ; une deuxième incision commençant au sac lacrymal longeait le rebord orbitaire inférieur, rejoignant en dehors la première au niveau de cette même arcade zygomatique. On pénétrait alors dans la fosse ptérygo-maxillaire et le trou sphéno-palatin donnait accès à une tige mousse qui entrait ainsi dans le pharynx. Une petite scie à guichet arrivait par là et coupait horizontalement le maxillaire supérieur d'arrière en avant dans la direction de l'incision cutanée inférieure. L'index gauche était enfoncé dans le pharynx et surveillait les progrès de la scie. On sectionnait ensuite la base de l'apophyse zygomatique, l'os malaire et le plancher de l'orbite, mais on respectait l'apophyse montante du maxillaire supérieur de l'os unguis ainsi que le revêtement cutané dont les vaisseaux devaient continuer à nourrir le lambeau obtenu. La voûte palatine et l'arcade dentaire restaient intactes. La partie réséquée se trouvait mobilisée sur l'apophyse montante, « comme le couvercle d'une tabatière » ; l'apophyse ptérygoïde était finalement mise en place ainsi que les autres os, et comme il y avait tendance au déplacement du nez vers le haut, on maintenait le lambeau à l'aide d'un pansement compressif, les parties molles étaient suturées.

Procédé de J. Roux (de Toulon) (1)

C'est le procédé par écartement des os maxillaires qui comprend un certain nombre de temps:

1° Division de l'attache fronto-jugale ; incision transversale d'un centimètre intéressant les parties molles qui recouvrent l'apophyse orbitaire externe ;

2° Section de l'articulation fronto-jugale à l'aide du ciseau froid et du marteau, de la scie à chaîne ou du ciseau ;

3° Division de l'attache orbito-nasale inférieure ; incision sinueuse des parties molles, commençant à l'angle interne et inférieur de l'orbite au-dessous du sac lacrymal, contournant l'aile du nez, la narine correspondante et s'arrêtant au-dessous de la cloison sur la ligne médiane, au-dessus de la lèvre supérieure qui, ensuite, est fendue sur toute sa hauteur. Section de la base de l'apophyse montante et de la cloison interne de l'orbite au niveau de l'angle inférieur de cette cavité à l'aide de la scie à chaîne et du ciseau ;

4° Division de l'attache ptérygo-maxillaire. Section de l'articulation ptérygo-maxillaire (parties molles et dures) à l'aide d'un ciseau long de 20 centimètres, large de 25 millimètres à son tranchant, directement appliqué de champ derrière la dernière dent supérieure, dans l'angle rentrant formé par la rencontre du sphénoïde du maxillaire supérieur et de l'os palatin.

1. *Gazette des Hôpitaux*, 30 juillet 1861.

Cinquième temps. — Division de l'attache intermaxillaire. Incision transversale détachant, à son insertion palatine, la moitié du voile du palais correspondant à l'os maxillaire qu'on veut écarter ; avulsion de la première incisive supérieure du même os. Incision de la voûte palatine sur le côté du raphé médian à l'aide de la scie à chaîne.

Les deux parties du maxillaire supérieur sont alors écartées en ouvrant les mors d'une forte pince. Le maxillaire se détache, mais, adhérant aux parties très molles qui le recouvre,est porté obliquement,en haut et en dehors vers la fosse temporale.

On porte ainsi jusqu'à 10 centimètres environ l'intervalle qui sépare les deux incisives centrales. On peut d'ailleurs,pour se créer encore plus d'espace, enlever le vomer et l'apophyse ptérygoïde.

Ce procédé n'a pu être mis en pratique sur le vivant par son auteur, mais Sédillot (1) s'en est servi pour enlever un énorme polype qui avait envahi les fosses nasales, l'antre d'Higmore, la fosse temporale et l'arrière-bouche.

Le malade mourut d'hémorragie pendant l'opération.

Tontan de Toulon (2) communique l'observation d'une polype énorme chez un garçon de quinze ans ; il l'opéra par pivotement du maxillaire supérieur en entier et de l'os malaire à l'aide des sections indiquées par Roux et qui, d'après lui, n'auraient jamais

1. *Médecine opératoire*, t. II, p. 104.
2. *Troisième Congrès français de Chirurgie*, 1888.

été appliquées sur le vivant. L'ablation du polype fut facile. Suture totale osseuse et des parties molles; consolidation rapide, persistance de la division du voile du palais, staphylorraphie ultérieure, guérison complète.

Procédé de Huguier. — Incision depuis la commissure buccale jusqu'au masseter, puis incision commençant au-dessus de l'aile du nez qu'on contourne, et division de la lèvre supérieure sur la ligne médiane. Relèvement du lambeau; un trait de scie horizontal sépare la tubérosité maxillaire de l'arcade dentaire au-dessus du plancher des fosses nasales.

Un deuxième trait de scie superficiel divise, d'avant en arrière, la face supérieure de la voûte palatine, près de la cloison nasale. Section de l'apophyse ptérygoïde au sécateur. Le fragment dentaire du maxillaire ainsi circonscrit est détaché du voile du palais et luxé dans la bouche; n'ayant plus d'autre point d'adhérence et de continuité vasculaire que la muqueuse et le périoste palatin sur la ligne médiane, l'os remis en place peut se consolider avec quelques points de nécrose partielle.

Application d'un moule en gutta-percha pour maintenir le maxillaire.

Quelques mois après le moule est enlevé, on constate alors que le maxillaire n'est plus mobile. Une autre opération faite par Huguier n'a pas eu un résultat brillant, et ce résultat négatif ne doit pas nous étonner, car l'os réséqué par ce procédé n'ayant plus, pour assurer sa vitalité, que la muqueuse pala-

tine, on doit s'attendre presque fatalement à la nécrose. C'est là un premier inconvénient.

Second inconvénient : on est obligé presque toujours de sectionner l'artère palatine postérieure ; et enfin la direction de l'axe du canal destiné à conduire sur le polype est très oblique de haut en bas et d'avant en arrière, ce qui gêne beaucoup l'introduction et la manœuvre des instruments, qui, pour arriver sur la région ethmoïdale, doivent sacrifier les cornets supérieurs et moyens. Enfin le renversement dans la bouche de la partie inférieure du maxillaire doit apporter un obstacle sérieux à la respiration.

Le seul et grand avantage de cette méthode est de procurer une ouverture considérable et de permettre l'extraction des polypes les plus volumineux.

Résection partielle du maxillaire supérieur.

Chassaignac a conseillé cette méthode. Elle a été employée par Guérin, Maisonneuve et Demarquay. Trélat a fait à ce sujet une communication dont nous ne retiendrons que le manuel opératoire.

Incision cutanée partant de la fosse nasale du frontal ; un peu à gauche, la ligne médiane se divise en deux branches circonscrivant un oval allongé dont nous avons parlé ; elle chemine ensuite dans le pli naso-génien, se recourbe au-dessous de l'aile du nez pour se terminer sur la ligne médiane au niveau de la sous-cloison.

De cette ligne part une seconde située à la limite

de la paupière inférieure et du tégument de la joue. On dissèque les lambeaux et on décolle à l'aide de la rugine le périoste qui est appliqué à la face postérieure des parties molles.

On sectionne verticalement l'os propre gauche du nez et la branche montante du maxillaire. La branche est séparée du frontal avec la pince de Liston. On divise le corps du maxillaire par les deux sections suivantes :

1° Section horizontale immédiatement au-dessus du palatin avec la scie de Larrey ;

2° Section verticale unissant le milieu du rebord orbitaire (le globe oculaire ayant été relevé) et l'extrémité externe de la section osseuse horizontale.

Ces portions osseuses, os propre du nez, branche montante, partie antérieure du sinus maxillaire et rebord sous-orbitaire, une fois enlevées, il est facile de prolonger la section dans la fosse nasale et dans les sinus maxillaire, frontal et ethmoïdal.

Ablation totale du maxillaire supérieur

Toutes ces opérations que nous venons de passer en revue nous montrent combien est difficile la création d'un passage presqu'au siège d'implantation de la tumeur. Cette large voie d'accès, d'autre part, est bien nécessaire, car elle nous permettra d'enlever la tumeur en totalité, et par suite d'éviter les chances de récidives.

Syme, le célèbre chirurgien anglais, pratiqua la résection définitive du maxillaire supérieur pour la première fois chez un malade présentant un fibrome naso-pharyngien, dont les insertions s'étendaient tout autour de l'orifice postérieur des fosses nasales. Tout portait à croire que l'ablation du maxillaire les rendrait accessibles.

Après résection de l'os, la tumeur fut extraite avec une très grande difficulté, et la ligature des vaisseaux saignants faite avec peine ; les bords de la plaie furent réunis par suture. Les jours suivants, les lèvres de la plaie paraissaient devoir se réunir par première intention ; tout allait bien et même le malade prenait quelque nourriture ; mais, au bout de quelques jours, il mourut.

L'autopsie montra un prolongement dans la narine opposée, prolongement qui prenait insertion non seulement sur tout le bord supérieur et latéral de son orifice pharyngien, mais encore sur la base du crâne. Il est évident que le malade a succombé à une hémorragie, comme d'ailleurs dans tous les autres cas où la tumeur n'a pas été enlevée en totalité.

Après l'observation de Syme, celle de Flaubert est la plus ancienne ; nous ne donnerons que les principaux traits de cette méthode, pour ne pas tomber dans les redites.

On pratiquait une première incision qui, partie de l'angle interne de l'œil, aboutissait à la commissure labiale ; une seconde incision commençait vers la racine de l'arcade zygomatique et venait aboutir sur

la première, au niveau de l'aile du nez. Après avoir disséqué le lambeau musculo-cutané, en rasant l'os, on faisait sauter la paroi antéro-externe du sinus, puis sa face interne, ce qui donnait un jour considérable pour attaquer la tumeur ; on décollait peu à peu celle-ci des parties avoisinantes à l'aide du bistouri et, une fois qu'elle était détachée, on en pratiquait l'extraction.

Les méthodes : Blandin, Dieffenbach, Liston, Lisfranc, Maisonneuve, Bérard, Malgaigne, Velpeau ne sont autre chose que la méthode de Syme et Flaubert avec de légères modifications.

Nélaton a employé depuis très longtemps la méthode suivante :

Une incision divisait verticalement la lèvre supérieure, un peu sur le côté de la ligne médiane, contournait l'aile du nez, puis se continuait par une ligne courbe à convexité supérieure et joignait le sillon oculo-palpébral inférieur. Elle suivait alors ce sillon et s'arrêtait un peu au delà de sa moitié. Cette même méthode de Nélaton est connue sous le nom de procédé de Liston. La seconde méthode est la résection temporaire du maxillaire faite de telle sorte que la réunion des portions osseuses se produise à sa place normale.

Pour éviter d'une façon certaine les difformités qui peuvent résulter de la résection du maxillaire supérieur et qui sont un des principaux arguments des détracteurs de cette méthode envisagée seulement en tant qu'opération préliminaire dans le cas de polype

naso-pharyngien, M. Ollier propose la résection sous-périostée en adoptant l'incision de Velpeau.

Ce procédé comprend quatre temps ainsi décrits par M. le professeur Ollier :

Premier temps. — Incision de la joue à partir de la commissure jusqu'au milieu de l'os malaire. Pour ne pas compromettre la régularité de la commissure, il vaux mieux faire partir l'incision de la lèvre supérieure à 8 centimètres en dedans de la ligne médiane.

On peut y joindre, si l'étendue de la lésion l'exige, une incision antérieure, commençant à 1 centimètre au-dessus de l'aile du nez, descendant directement, puis contournant l'aile du nez et redevenant verticale au niveau du bord saillant de la fossette médiane de la lèvre.

Deuxième temps. — Incision de la muqueuse périostique qui recouvre le maxillaire sur la face externe ou vestibulaire de l'os. Cette incision commence sur sa face externe au niveau de l'intervalle qui sépare la canine de l'incisive latérale, se dirige en arrière en se tenant à un millimètre du collet des dents, contourne la dernière molaire et, en suivant la face palatine, revient au niveau de la deuxième incisive.

Cette incision ne se prolonge pas plus avant, parce qu'on se propose de conserver la portion de l'os qui supporte les deux incisives.

De l'extrémité antérieure de l'incision externe, on en fait partir une autre, qui, divisant également la muqueuse et le périoste, se dirige obliquement en

haut et en dedans vers l'ouverture antérieure des osses nasales, à 7 millimètres en dehors de l'épine nasale antérieure.

Incision palatine, complétée par une autre petite incision partant de l'incisive latérale et se dirigeant en arrière vers la ligne médiane, de manière à laisser en avant la portion incisive de l'os.

Troisième temps. — C'est le temps de décollement du périoste avec une rugine légèrement courte. On détache d'abord le périoste de la face externe de l'os en remontant jusqu'au rebord orbitaire, et en coupant avec un bistouri le nerf orbitaire.

On poursuit le décollement vers le bord postérieur de l'os, de manière à dénuder la tubérosité. On revient ensuite au bord orbitaire qu'on dépouille, puis on détache le périoste qui revêt la face orbitaire de l'os et qui est à ce niveau plus mince que sur la face externe.

La face externe et supérieure de l'os étant dénudées, on procède au décollement du périoste palatin ; on le détache de dehors en dedans jusqu'à la ligne médiane. L'os ainsi dépouillé de son périoste sur toutes ses parties accessibles, est réséqué, ou enlevé complètement.

Quatrième temps. — On enlève la dent canine, afin de laisser un passage au ciseau qui doit bientôt servir à isoler la portion incisive que l'on tient à conserver. On coupe avec des cisailles ou avec un ciseau bien tranchant l'apophyse montante du maxillaire supérieur, on sectionne ensuite avec la scie à

chaîne l'apophyse malaire. Jusque-là il n'y a rien de spécial dans ce temps de l'opération ; c'est dans la section de la voûte palatine que le procédé d'Ollier diffère des procédés ordinaires.

On détache l'os maxillaire de la portion incisive avec un ciseau introduit au niveau de la brèche laissée par l'extraction de la canine. On pousse le ciseau doucement de manière à ne pas dépasser la suture bi-maxillaire. Arrivé à ce point, on change de direction avec l'angle du ciseau, on ébranle la suture et on sépare les deux os.

L'opération se termine, comme dans les cas ordinaires, en faisant basculer l'os ; on le saisit avec un davier et, par un mouvement de traction et de torsion combinées, on termine la rupture des adhérences qui peuvent persister encore.

Ollier a présenté à la Société de Chirurgie (*Bullet. de la Société de Chirurgie*, 1875),un jeune homme de seize ans, sur lequel il avait pratiqué cette résection sous-périostée. Son procédé a été vivement attaqué par M. Richet qui prétendit qu'il était d'une application beaucoup plus difficile que la résection ordinaire, et, qu'au point de vue de l'apparence extérieure, il ne donnait pas de résultat plus favorable que cette dernière. Cette méthode d'Ollier a été employée par Pamard. Quatre mois après, il se produisit une récidive, et Pamard fit, le 9 octobre 1873,une seconde opération.

La principale objection que nous puissions présen-

ter à ce procédé, d'ailleurs très ingénieux, est la difficulté de son exécution.

Nous ne pouvons pas omettre de signaler son principal avantage ; c'est la façon dont il réussit à combler la perte de substance existant entre les fosses nasales et la cavité buccale.

D'après la statistique de Robin Massé, les résultats de l'ablation du maxillaire sont les suivants, pour 22 malades :

12 succès ;
1 succès après récidive ;
2 succès douteux ;
1 récidive ;
3 résultats inconnus ;
3 morts.

Pour le même auteur, l'ablation partielle du maxillaire supérieur donnerait les résultats suivants, sur 11 malades :

1 succès non vérifié ;
1 récidive très probable ;
2 récidives ;
1 opération non terminée ;
1 mort ;
5 résultats inconnus.

Nous finissons ici cette étude anatomique, clinique et opératoire pour faire la conclusion suivante :

CONCLUSIONS

1° Le fibrome naso-pharyngien est une affection de l'adolescence, dont le pronostic est très souvent fatal, lorsqu'on l'abandonne à lui-même ;

2° Cette tumeur, contrairement à la théorie de Nélaton et de son école, ne s'insère pas sur l'apophyse basilaire de l'occipital, mais elle prend son insertion, le plus souvent, sur la région choanale et péri-choanale ;

3° Une tumeur histologiquement fibromateuse n'a qu'une seule insertion, elle ne contracte aucune adhérence secondaire, sauf les cas traumatiques ;

4° Elle peut envoyer plusieurs prolongements dans les cavités voisines, déformer la face et demander une méthode opératoire spéciale ;

5° S'agit-il d'une tumeur pédiculée à marche descendante ? le procédé opératoire à préconiser est la méthode de mon maître, M. le Dr Sebileau ;

6° S'agit-il, au contraire, d'une tumeur à évolution nasale ? la méthode de choix est le procédé de Bœckel ;

7° Dans les cas de fibromes volumineux à prolongements multiples et à évolution vers le massif facial, une large trépanation du maxillaire supérieur est

nécessaire par un des divers procédés que nous avons décrits longuement.

C'est cette dernière condition seule qui permet l'ablation totale et radicale de la tumeur et évite l'hémorragie consécutive ;

8° La résection du maxillaire, qu'elle soit temporaire ou définitive, partielle ou totale, est toujours très grave, amenant de l'asymétrie, des cicatrices et un violent choc opératoire, il faut y recourir le moins possible.

Vu : le Président de la thèse,
HENRI HARTMANN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Arslan. — Contribution statistique à l'étude des végétations adénoïdes du rhino-pharynx (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx. Paris, 1895, XXI, p. 509-519).

Bayer. — Un cas de diaphragme membraneux congénital du pharynx nasal chez une jeune fille de seize ans (Bull. Soc. belge d'Otol. et de Laryngologie, 1698).

Baratoux (J.). — Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne des tumeurs adénoïdes, in-8°. Paris, 1884.

Bartolie (L.). — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, in-8°. Paris, 1884.

Beausoleil. — Végétations adénoïdes du naso-pharynx (Bull. Soc. anatomique et physiologique de Bordeaux, 1894, XVI, p. 123).

Berton. — Thèse de Paris, 1886.

Bouloi. — Polype naso-pharyngien (Arch. int. de Laryngologie. Paris, 1902, XV, p. 107-110).

Bouchard. — Polypes fibreux muqueux naso-pharyngiens (Journ. des Sciences méd. de Lille, 1890).

Bonachi. — Fibrome naso-pharyngien (Bull. de Soc. de Chirurgie de Bucarest, 1904).

Boursier (A.). — Sur un cas de polype naso-pharyngien, in Leçon de la cliniq. chirurgicale. Paris, 1887, p. 89-101.

Bobone. — L'involution précoce de tissu adénoïdien sur la

Riv. (Rev. intern. et thérap. physiolog. Turin, 1901, II, p. 1-4).

Bouchard. — Traité de pathologie externe.

Broca. — Polypes muqueux naso-pharyngiens (Gaz. hebdom. de Méd. Paris, 1897).

Brulay. — Végétation adénoïde et hygiène (Soc. Presse méd. Paris, 1904).

Brisson (J.). — Pathologie des déformations de la face dans le polype naso-pharyngien (Arch. prov. de Chirurg. Paris, 1899, p. 630-637).

Bonain (A.). — Polype naso-pharyngien.— Opération par voie buccale (Arch. internat. de Laryngologie. Paris, 1905).

Bousquet (H.). — Polype naso-pharyngien à prolongement multiple (Bull. et Mém. Soc. Chirurg. Paris, 1889, p. 617).

Bovol. — Opération d'une tumeur de la cavité naso-pharyngienne (Revue de Laryngologie, Paris, 1892, p. 521).

Cavaillou (P.). — Sur un cas de fibrome naso-pharyngien à prolongements multiples (Arch. prov. de Chirurgie. Paris, 1903, p. 329-340).

Chauveau. — Contribution à l'historique des polypes naso-pharyngiens jusqu'au levret (Arch. int. de Laryngologie. Paris, 1902, p. 292).

Chevasse. — Polypes naso-pharyngiens (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris, 1902, p. 975).

Chatellier. — Annales des maladies de l'oreille, août 1886.

Chevalier. — Une observ. de fibro-myxom. du naso-pharyngien (Bul. de Laryngologie. Paris, 1902).

Capart. — Deux cas de polypes fibreux naso-pharyng, traités par l'électrolyse (Annal. des mal. oreille Laryng., 1895).

Cestau. — Fibrome naso-pharyngien, extirpation par les voies naturelles (Toulouse méd., 1901, p. 294-296).

Charles (J.).— Tumeur naso-pharyng.— Extrac. par les voies

buccales pharyng. (Bull. de Laryngologie. Paris, 1904, p. 22-27).

Chibret. — Extirpation d'un gros polype (Assoc. française de Chirurgie, proc. verb. Paris, 1899, p. 330-336).

Cuvillier (H.). — Des vég. adénoïdes chez l'adulte, in-8°. Paris, 1891.

Castex et Malherbe. — Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes (Bull. méd. Paris, 1894, p. 205).

Castex. — Tumeurs adénoïdes (complications, indic. de résultats opérat. (Revue gén. de cliniq. et de thérapeut. Paris, 1899, XIII, p, 369-372).

Chaumier. — Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (Gaz. des Hôpitaux de Paris, 1890).

Caval. — Des tumeurs malignes du naso-pharynx. Toulouse, 1904.

Compaire (C.). — Contribution à l'étude cliniq. des tumeurs malignes du naso-pharynx (Arch. intern. de Laryngologie. Paris, 1905, p. 368).

Christophe. — La Voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx. Paris, 1903.

Dictionnaire encyclop. des Sciences médicales.

Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.

Delie (A.). — Considération sur le traitement opérat. des polypes (Ann. des mal. de l'oreille. Paris, 1899).

Demarquay. — Mémoire sur l'ablation des polypes (Compte rendu Acad. de Sciences. Paris, 1862).

Depage (A.). — Note sur un cas d'extirpation d'un polype (Journ. méd. de Bruxelles, 1904, p. 372).

Doyen (E.). — Extirpation extemporanée par les voies natur. (Arch. inter. de Laryngologie. Paris, 1897, p. 246).

Delors (P.-O.). — Considérations sur l'opération que nécessitent les polypes naso-pharyngiens, 1863.

Delie. — Remarques sur les végétations adénoïdes adult. (Bull. de la Soc. de Chirurgie belge d'Otol. et de Laryngologie. Bruxelles, 1898, p. 100).

Dessaux. — Végét. adénoïdes (Presse d'Oto-Rhino-Laryngologie belge. Bruxelles, 1904, p. 437).

Deschamps. — Notes sur quelques points spéciaux relatifs au diag. et au trait. des végét. adénoïdes du pharynx nasal Grenoble, 1891.

Escat. — L'Aponévrose de la cavité naso-pharyngienne.

Escat (J.-M.-E.). — Évolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne. Considérations anatomiques et chirurgicales.

Etiévaut. — Quelques considérations sur les phénomènes provoqués par les polypes naso pharyngiens (Revue internat. rhinol. Paris, 1896).

Faure (J.-L.). — Polype naso-pharyngien, opération par la voie naso-pharyngienne.

Forgue (E.). — Revue critique sur le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens (Gaz. hebd. de Sciences méd. de Montpellier, 1899).

Fischer. — Un cas de polype naso-pharyngien (Presse d'Oto-Rhino-Laryngol. belge. Bruxelles, 1903).

Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe.

Gelle (G.). — Des adénopathies dans les affections des fosses nasales du rhino-pharynx (Arch. internat. de Laryngologie. Paris, 1905, XX, p. 139).

Gouguenheim. — Des végétations adénoïdes (Gaz. des Hôpitaux. Paris, 1892).

Guichet. — Thèse de Paris, 1874.

Guérin. — Thèse de Nancy, 1882.

Gaudier. — Fibrome naso-pharyngien (Bull. de méd. du Nord. Lille, 1904).

— Un cas de fibrome naso-pharyngien chez une vieille femme (Bull. Soc. belg. d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1896).

Gauthier (F.-M.-I.-P). — Des insertions vraies de polypes fibreux naso-pharyngiens et de leur traitement. Bordeaux, 1904.

Heurtaux. — Des polypes naso-pharyngiens (Gaz. méd. de Nantes, 1888, IX, p. 73).

Huguet. — Polype fibro-muqueux naso-pharyngien (Bull. de la Soc. belge d'Oto-Rhino-Laryngologie. Bruxelles, 1898).

Isch-Wall. — Extirpation rapide des polypes (Assoc. franç. de Chirurgie, proc.-verb. Paris, 1897, p. 269).

Jacques. — Polype fibreux naso-pharyngien (Soc. de méd. de Nancy, 1899-1900).

Jamain et Terrier. — Manuel de Chirurgie.

Jacques. — Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1908.

Jacques et Bertèmes. — Deux cas de fibromes malins du rhino-pharynx (Bull. laryng. Paris, 1903, p. 241-251).

Jacques. — Cancer du pharynx nasal simul. des végét. adénoïdes (Revue méd. de Nancy).

Joncheray. — Kyste du cavum (Arch. d'Angers, 1902).

Jullien (E.). — Les Procédés d'ablation des polypes naso-pharyngiens, in-8°. Paris, 1892.

Lichtnitz. — De l'extirpation rapide des pseudo-polypes naso-pharyngiens, in-8. Paris, 1898.

Latour (A.-D.) — Des polypes fibreux naso-pharyngiens. Thèse de Bordeaux, 1901.

Le Nouenne (L.). — Contribution à l'étude des fib. naso-pharyngiens (Arch. prov. de Chirurgie. Paris, 1902).

Legouest. — Soc. de Chirurgie, 1889.

Labbé. — Annales des adénoïdes de l'oreille, 1872.

Lemaitre. — A propos du fibrome naso-pharyngien (Paris méd., sept. 1911).

Moubouyrau. — Les Tumeurs du naso-pharynx (Étude clinique et thérapeutique. Paris, 1895).

Moure (E.-I). — Sur quelques particularités morphologiq. du naso-pharynx. Études au point de vue clinique (Revue hebdom. de Laryngologie. Paris, 1901, p. 689-721).

Molière. — Note sur un cas de polype naso-pharyngien (Mém. et compte rendu Soc. de Science méd. de Lyon, 1886).

Monnier (L.). — Polype fibreux myxomateux avec dégénéres. kys. du naso pharynx (Bull. Soc. Anat. de Paris, 1896, p, 473).

Mermet (P). — Sarcome fibreux des fosses nasales faisant saillie dans le pharynx (Bull. de Soc. Anat. de Paris, 1894, p. 533).

Mathieu. — Thèse de Paris 1875.

Mathieu (D.). — Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiens. Lyon, 1903.

Nélaton. — Contribution à l'étude des fibromes du maxillaire supérieur.

Normand (I.-F.-M.). — Contribution à l'étude du traitement par l'électrolyse des polypes. Bordeaux, 1892.

Patel (M.). — Le Naso-pharynx ; Anatomie et Physiologie (Province médicale. Lyon, 1902).

Poyet. — Bull. de Soc. anat., 1875.

Poulet et Bousquet. — Traité de Path. externe.

Panas. — Soc. de Chirurgie, 1875.

Polaillon. — Annales des mal. de l'oreille, sept. 1882.

Petit. — Volumineux myxo-sarcôme du naso-pharynx chez une vache (Bull. de Méd. Soc. anat. de Paris, 1902).

Pierre. — Sarcôme du naso-pharynx (Arch. int. de Laryngologie. Paris, 1898).

Poisson (L.). — Note sur un cas de polype fibreux naso-pharynx (Gaz. Méd. de Nantes, 1888).

Robin Massé. — Thèse de Paris, 1864.

Raoult (A.). — Polype fibreux muqueux de la cavité naso-pharyng. (Rev. de Méd. de l'Est. Nancy, 1894).

Roure. — Polype volumineux du naso-pharynx (Bull. de Soc. de Méd. et Chir. de la Drome. Valence, Paris, 1904).

Rouairoux (M.). — De la rhinitomie médiane comme opéra-

tion préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs. Paris, 1891.

Sebileau. — A propos des polypes naso-pharyng. (Bull. de la Soc. de Chir. Paris, 1912, t. XXXVI).

Trélat. — Soc. de Chir., 1873, 1874, 1877.

— Cliniques.

Texier (V.). — Polypes fibreux muqueux vol. du naso-pharyng. (Rev. hebd. de la Laryngologie. Paris, 1900 p. 145).

Taconet. — Fibrome naso-pharyngien (Nord méd. Lille, 1904, p. 248).

Vaquier. — Fibrome naso-pharyng. (Arch. int. de Laryngologie. Paris, 1903-1904).

Vincent. — Fibrome naso-pharyng. à siège anormal (Bull. de la Soc. de Chirurgie. Lyon, 1899).

Violet (P.) — Examen anatomo-pathol. d'un polype naso-pharyng. (Bull. et Mém. de la Soc. anat. Paris, 1901).

Villemin. — Polype naso-pharyng. (Bull. de la Soc. de Péd. Paris, 1902, p. 209-211).

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2901-15